

**¿Me vinculo o me voy? Una mirada hacia el mundo interno de un adolescente, con
personalidad límite.**

Autor

Ps. Yuri Alexandra Bustillo Garrido

Estudiante Maestría en Psicología con Profundización Clínica Psicoanalítica

Tutora

Mg. María Catalina Ardila Puyana

Fundación Universidad del Norte

Facultad de Psicología

Barranquilla – Atlántico

2020

Tabla de Contenido

	Pág.
Introducción	5
Justificación	9
Área Problemática.....	12
Objetivos.....	15
<i>Objetivo General</i>	<i>15</i>
<i>Objetivos Específicos</i>	<i>15</i>
Marco teórico.....	16
<i>Adolescencia, de lo normal a lo patológico</i>	<i>16</i>
<i>Psicoterapia en el Adolescente</i>	<i>16</i>
Historia clínica del paciente	38
<i>Identificación de la paciente</i>	<i>38</i>
<i>Motivo de consulta</i>	<i>38</i>
<i>Descripción sintomática</i>	<i>38</i>
<i>Historia personal y familiar</i>	<i>40</i>
<i>Genograma.....</i>	<i>42</i>
<i>Proceso de evaluación</i>	<i>42</i>
<i>Conceptualización diagnóstica</i>	<i>43</i>
Análisis del caso	46
Discusión	52
Conclusión	55
Referencias.....	57
Anexos.....	59

Tabla de Figuras

	Pág.
Figura 1. Relaciones entre los miembros	42

Tabla de Anexos

	Pág.
Anexo 1. Pruebas realizadas	59
Anexo 2. Descripción Detallada de las Sesiones	60
Anexo 3. Consentimiento Informado	60

Introducción

La adolescencia constituye un período de tiempo impreciso, cuya duración ha ido aumentando en los últimos tiempos, debido al comienzo más precoz de la pubertad y a la prolongación del período de formación escolar y profesional. El final de la adolescencia no está claramente delimitado, variando en función de los criterios físicos, mentales, afectivos, sociales y culturales que se adopten para definir al adulto.

De acuerdo con Carvajal en su libro *Aventura de una metamorfosis*, en la adolescencia se resaltan diferentes etapas y crisis de identidad en el proceso transicional; menciona las características propias de la etapa puberal, llamada así, debido a los cambios físicos que están detrás de la pubertad. (Carvajal, 1993) profundiza sobre las etapas y las crisis, partiendo de que en la etapa puberal “existen diferentes temores en los púberes y una marcada tendencia a buscar un compañero que le permita compartir sus sentimientos y defenderse de la amenaza del self; creando una nueva concepción de la sexualidad por medio de la autoexploración y estimulación de los órganos sexuales que desencadena un sentimiento de exploración y estímulo sexual, que puede generar sentimientos de culpa”.

Como se puede resaltar hay cambios tanto corporales, como psíquicos, y es justamente la manera como el púber se ve y cómo siente que es percibido por el mundo, que genera toda una exacerbación de sus emociones, el minino de su funcionamiento yoico, confusión en cuanto a sus afectos, invasión de nuevas vivencias, aislamiento, ensimismamiento, fantasías, seudoadultización, sobre los cuales juega un papel importante el rol que ejercen los padres durante este proceso transicional; en este último es propicio hacer énfasis en esa lucha denominada “parricida intrapsíquico”, como lo menciona (Carvajal, 1993) el cual está

supeditado a la relación y manejo de los padres y el establecimiento de un claro y adecuado vínculo, lo que permitirá disminuir un factor de riesgo que posibilita una tendencia a experimentar acciones autodestructivas.

Existen marcadas tensiones generadas por el nuevo lugar social del cuerpo y su apariencia, nuevas formas de cohesión grupal unión de la libido y la búsqueda del objeto. Según (Carvajal, 1993), los síntomas psíquicos menores son casi siempre comportamientos afectivos, emocionales latentes, que son por lo general visualizados o aprehendidos por el medio ambiente de manera angustiante. Hay un impulso progresivo que lleva al adolescente a continuar y enfrentar nuevos desafíos.

En el caso de la conformación límite en los adolescentes caracterizada por una detención en el desarrollo con un deterioro en las funciones yoicas, cognitivas, que se traduce en una falta de tolerancia a la ansiedad, falta de control de impulsos y de mecanismos de defensa más maduros, con un descenso de nivel de rendimiento intelectual y práctico. La prueba de realidad puede perderse, pero retomarse (Kernberg *et al.*, 2000), pueden tener episodios micropsicóticos transitorios o perderse momentáneamente sin episodios delirantes o alucinatorios permanentes y sin dejar deterioro cognitivo. Estos pequeños episodios duran minutos, horas o días, pudiendo surgir ante situaciones de estrés muy intenso, cuando no se sienten apoyados, validados o gratificados suficientemente, y bajo la amenaza de separación y abandono por parte del objeto, o también bajo el efecto de drogas psicoactivas. Pueden aparecer crisis de angustia junto a episodios de despersonalización y/o desrealización.

Uno de los rasgos más característicos de los adolescentes *borderline* es la alteración en el sentido yoico. Sin embargo, logran la prueba de realidad y la presencia de déficits cognitivos que afectan a la atención, la memoria, la orientación espacial, las capacidades verbales u otras

deficiencias físicas (como la sordera o la ceguera) hacen a estos adolescentes más propensos a tener dificultades de separación-individuación y a padecer una patología límite, como es el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. P. Kernberg (2000), en su revisión de investigaciones anteriores en términos del diagnóstico descriptivo del Eje I del DSM-IV, afirma que podría haber indicios de un trastorno límite de la personalidad en adolescentes con TDAH. Es frecuente que bajo un cuadro de hiperactividad exista una personalidad límite que, como resalta Lasa (2009), puede pasar desapercibida para el no especialista, pero también resulta difícil de diagnosticar para el especialista porque sus manifestaciones clínicas se caracterizan por la fluctuación, variedad e inestabilidad de los síntomas psíquicos, consistentes fundamentalmente en un descontrol emocional y de los impulsos, la confusión entre realidad y mundo imaginario con irrupciones bruscas de fantasías amenazantes o megalómanas, y la oscilación rápida de estados de ánimo depresivos y eufóricos que desbordan al niño y que son muy sensibles a las respuestas de contención de su entorno relacional: familiar, escolar o terapéutico.

En el presente trabajo se pretende analizar, describir y comprender desde la teoría psicoanalítica y desde el uso de una metodología que describe un estudio de caso, los datos generales, antecedentes, conceptualización teórica, protocolos, análisis de los síntomas manifiestos y descripción del diagnóstico de conformación límite, teniendo en cuenta las consideraciones generales y los criterios establecidos del caso en estudio. Permitiendo así mismo identificar a través de la relación terapéutica, la relación con el mundo tanto interno como externo partiendo de la teoría de Klein (Klein, 1993), explorando el material recopilado durante las sesiones, e intentando comprender la pregunta de ¿Me vínculo o me voy? Una mirada hacia la relación con el mundo interno del adolescente.

Se toma el caso de una adolescente de 16 años, quien acude a consulta por remisión de la psicóloga tratante, ya que se encuentra en proceso psicoterapéutico y seguimiento por psiquiatría debido a sus comportamientos impulsivos e intento de suicidio. A la cual se le realiza diagnóstico de conformación límite.

Justificación

La adolescencia y la juventud son procesos del curso de la vida donde se consolidan aspectos físicos, mentales, emocionales y relacionales que permiten el desarrollo de capacidades y los aprendizajes necesarios para lograr la autonomía. La capacidad de tomar decisiones autónomamente en sexualidad requiere la concurrencia de la educación integral para la sexualidad y de los servicios de salud sexual y salud reproductiva amigables para adolescentes y jóvenes.

La adolescencia (10 a 19 años) es una etapa única y formativa. Los múltiples cambios físicos, emocionales y sociales que se dan en este periodo, incluida la exposición a la pobreza, el abuso o la violencia, pueden hacer que los adolescentes sean vulnerables a problemas de salud mental. Promover el bienestar psicológico de los adolescentes y protegerlos de experiencias adversas y factores de riesgo que puedan afectar a su capacidad para desarrollar todo su potencial es esencial tanto para su bienestar durante la adolescencia como para su salud física y mental en la edad adulta (OMS 2014).

Según World Psychiatry 2007 una de cada seis personas entre 10 y 19 años de edad. Tiene un trastorno mental, el cual representan el 16% de la carga mundial de enfermedades y lesiones en las personas de edades comprendidas entre 10 y 19 años. La mitad de los trastornos mentales comienzan a los 14 años o antes, pero en la mayoría de los casos no se detectan ni se tratan (1). El suicidio es la tercera causa de muerte para los jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años. No abordar los trastornos mentales de los adolescentes tiene consecuencias que se extienden hasta la edad adulta, y que afectan tanto a la salud física como a la mental y limitan las oportunidades de llevar una vida adulta satisfactoria.

"La garantía de derechos en salud durante la adolescencia, con intervenciones eficaces, protege las inversiones en salud pública realizadas durante la primera infancia y permite corregir problemas que hayan surgido en los primeros diez años de vida" (OMS, 2014)

Marcelli (2006), en el libro psicopatología del adolescente, capítulo 12, plantea que hay un yo en un posición de relativa labilidad, por lo que la angustia es constante, la tolerancia a las fluctuaciones de esta angustia es mínima, y las capacidades de elaboración de esta angustia en procesos psíquicos sublimatorios están con frecuencia reducidas, es un yo deteriorado que se ve confrontado con exigencias pulsionales, por la falta de tolerancia a la frustración y el riesgo de acrecentamiento de la pulsión de muerte, desbordado cuando evidencia conductas de impulsividad, ideación y conducta suicida, entre otros casos el deseo en algunos episodios de destrucción hacia su padre. Así mismo no se percibe una introyección de una imagen parental, en todo caso maternal temible y temida.

Es por esta razón a partir del presente trabajo y de acuerdo al caso de estudio; se considera propicio plantear que hay una fuerza del contexto familiar, reconociendo la importancia de la misma, así como las alteraciones más o menos profundas en el seno de las interacciones.

Marcelli 2006 plantea, la existencia de antecedentes paternos de conductas patológicas similares: suicidio, alcoholismo, depresión, episodios confusionales o psicóticos transitorios. Como en el caso de Juanita en donde, la relación entre ella y sus padres, está caracterizada por la ambivalencia, cuyo funcionamiento es proyectivo, por parte de los padres y la paciente.

Se identifica muchas veces una prueba constante de la terapia, poniendo las identificaciones proyectivas y sus conductas sucesivas de disociación, idealización y desvalorización, las cuales amenazan con confundir los límites entre paciente y terapeuta, lo que lleva a una

transferencia de tipo psicótico, lo anterior tal y como está señalado en lo planeado por el libro de Marcelli (2006).

Área Problemática

Partiendo de una mirada psicoanalítica y teniendo en cuenta diferentes teorías, (Álvarez, 2012) en naturaleza y origen de los objetos internos, señala que, desde muy temprano en la obra de M. Klein (Klein, 1993), encontramos que los objetos de ese mundo interno, se expresan tanto con un odio asesino, como un amor violento, con la singularidad, de que todo allí acontece, como una realidad concreta. (Álvarez, 2012) destaca que, desde el comienzo de su trabajo de Klein como analista, en el año de 1921, destacó la importancia de las fantasías del niño alrededor del cuerpo de la madre y del suyo propio; estas fantasías alrededor de las sensaciones de placer y de dolor de su cuerpo, se expanden sin límites y las sensaciones mismas se experimentan como si fueran provocadas por objetos que concretamente se hayan en el interior de su cuerpo y no solo en su mente. Estos objetos son tales reales como las sensaciones somáticas. El objeto al que se refería no era una representación de un objeto, era una experiencia emocional concreta. Los primeros objetos del niño son sus sensaciones somáticas, los contenidos de su cuerpo, el cuerpo de la madre y todos ellos son objetos internos y externos.

El contacto del niño con la realidad psíquica es de tal impacto, que, para el observador neutral, como lo era M. Klein, es como si el inconsciente sistemático se le abriera ante sí, a la manera de una escena teatral, pero, de cualquier manera, es real.

Klein así mismo observó que aquellos pacientes niños que no habían sido particularmente irritados por sus padres, ni especialmente frustrados también anidaban fantasías de extremos sadismo que les despertaba una ansiedad y culpa exagerada.

Tanto Freud como Klein sostienen la idea de una destructividad primaria, pero mientras Freud asume que el instinto de muerte es mudo, Klein afirma que este instinto se hace sentir desde el principio de la vida como un miedo a la aniquilación como un miedo a la aniquilación desde el interior. También sostiene que al existir un yo desde el principio de la vida es ese yo primitivo y no el organismo, como expresa Freud, el que proyecta el instinto de muerte- la destructividad primaria- hacia afuera sobre los objetos.

Según Segal (1964) en el libro introducción a la obra de Melanie Klein, menciona que las relaciones de objeto están predeterminadas por la agresión y la libido. Klein considera que los padres reales son universalmente positivos, de carácter benéfico general, una fuente de amor y alimento que contrarresta la destructividad proveniente del mundo interno del niño. Ocasionalmente menciona rasgos de carácter como madre "depresiva" o "carente de calor", nunca se refiere a un tipo particular de padre o madre; detalles de la personalidad de los padres y su impacto sobre el sujeto no aparecen en sus trabajos. Los objetos buenos y malos siempre son derivados internos, madre mala y madre buena son referencias de un objeto interno. Sin embargo, en su obra, con frecuencia señala la transformación de objetos malos en objetos más benignos, por efecto de experiencias buenas con los padres reales. Desde su punto de vista, los padres, como personas reales, son importantes en la medida que su capacidad para sobrevivir al embate de las fantasías agresivas contribuya a estructurar las relaciones de objeto del niño y la niña. Por ejemplo, el retorno de los padres después de una ausencia temporal, a pesar de las fantasías destructivas del pequeño infante, es decisivo, su presencia o ausencia verifica o no la realidad de las capacidades de reparación. En cambio, la desaparición de los objetos reales es una amenaza a la estabilidad del mundo interno, porque la pérdida de un objeto externo siempre pone en peligro al objeto bueno interno.

Asimismo, la pérdida del objeto bueno interno pone en peligro al objeto real y al mundo externo. Por lo tanto, el estado de los padres, su sufrimiento o satisfacción real, su presencia o ausencia, está al servicio de la prueba de realidad del niño y niña.

Objetivos

Objetivo General

Analizar desde una comprensión psicoanalítica un caso de una adolescente con diagnóstico de conformación límite de la personalidad, teniendo en cuenta los vínculos, desde una mirada hacia el mundo interno, partiendo de la relación terapéutica y el proceso transferencial.

Objetivos Específicos

1. Indagar sobre los aspectos teóricos y terapéuticos, que permitan la comprensión de la personalidad de conformación límite en una adolescente; a la luz de su mundo interno.
2. Explorar desde la relación terapéutica y filial, la forma de vincularse de la paciente adolescente relacionada en el caso clínico.
3. Comprender la influencia de los vínculos sobre las relaciones de los objetos tanto internos como externos de la adolescente.

Marco teórico

Es propicio hacer una descripción de la adolescencia, profundizando no solo en sus características propias de la etapa, sino también desde una aproximación que permita identificar la diferenciación entre lo normal y patológico, desde una comprensión psicoanalítica.

Adolescencia, de lo normal a lo patológico

Pensar en el adolescente genera muchas veces inquietudes, y dudas con relación a qué es normal y qué es patológico, partiendo de los cambios que se generan en dicha etapa de desarrollo. Por ello desde la comprensión de Knobel y Aberastury(1971), acerca del síndrome de la adolescencia normal, cabe resaltar que a partir de la búsqueda de identidad; se evidencian comportamientos propios de la edad y otros que pueden expresar posibles conflictos internos de importante análisis. Estos cambios pueden significar para ellos la pérdida de su condición de niños, desde los cambios corporales, y psíquicos que llevan a una nueva relación con el mundo y en este caso con sus figuras representativas. Justamente dichas relaciones pueden llegar a ser contradictorias, confusas y ambivalentes debido a las fricciones del entorno familiar, que en el adolescente puede ser confundido con un estado patológico, con altas crisis emocionales. Crisis que en algunos aspectos se evidencia con la identidad, por esa dualidad que implica entrar en el mundo adulto, manifestado en algunos casos en su aislamiento y en comportamientos hostiles.

Psicoterapia en el Adolescente

Según Marcelli (2006), la adolescencia es la edad del cambio, una época de transición entre la infancia y la edad adulta. Comprender este período de cambios

extremos, describir los parámetros que van configurando esta conmoción psíquica y corporal se convierte en una tarea ardua. Por lo anterior considero que tener claridad principalmente sobre los cambios e identificar los efectos del mismo y como este afecta directa o indirectamente al adolescente se convierte en uno de los grandes desafíos, pero también podría confundirse ya que es importante reconocer que cada adolescente es único y que traen consigo sus patrones de formación y que dichos síntomas no podrían generalizarse, de hecho, caer en la teorización podría convertirse en una barrera al momento de la terapia.

Marcelli (2006) pretende teorizar sobre las comprensiones y clasificaciones conceptuales que han intentado esclarecer los cambios característicos de esta etapa, y por ellos establecen cuatro modelos tales como: fisiológico, sociológico, psicoanalítico, cognitivo y educativo. Se resalta así mismo que en la práctica clínica estos modelos interactúan entre sí, pero se le puede otorgar mayor peso a uno u otro según la conducta o patología. Es por ello que uno de los modelos según la práctica permite la distinción sexual puberal, que tan radicalmente transforma al niño en adolescente.

Por otra parte (Carvajal-Corzo, 1993), resalta las diferentes etapas y crisis de identidad en el proceso transicional de la adolescencia; revisando las características propias de la etapa puberal, llamada así, debido a los cambios físicos que están detrás de la pubertad.

Carvajal (1993) menciona las etapas y las crisis, partiendo que en la etapa puberal “existen diferentes temores en los púberes y una marcada tendencia a buscar un compañero que le permita compartir sus sentimientos y defenderse de la amenaza del self; creando una nueva concepción de la sexualidad por medio de la autoexploración y

estimulación de los órganos sexuales que desencadena un sentimiento de exploración y estímulo sexual, que puede generar sentimientos de culpa”.

De acuerdo a lo anterior y resaltando el contenido teórico visto, el cual permite desarrollar una visión amplia del desarrollo psicológico del ser humano en relación con su ciclo vital, ya que la transición adolescente, se convierte en una relación entre la subjetividad y la cultura, se resalta de esta, los cuerpos e identidades, y se establece una clara diferenciación entre un organismo y el cuerpo, entendiendo al primero como el esquema corporal que se representa ante el mundo y se convierte en el objeto de la mirada del otro, y el segundo (cuerpo) el cual representa la imagen, de cómo el sujeto se ve, asumiendo una consciencia subjetiva. De igual forma se presenta la existencia de un cuerpo biológico, un cuerpo hormonado, un cuerpo cultural, cuerpo emocional y cuerpo subjetivo, este último ligado a las identidades, determinando “el cómo me siento”, de esta manera la identidad se va transformando, se vuelve más dinámica y se reafirma.

Por tanto, esta teoría abarca los cambios corporales y psíquicos, la manera como el púber se ve y cómo siente que es percibido por el mundo, la exacerbación de sus emociones, el mínimo de su funcionamiento yoico, la confusión en cuanto sus afectos, invasión de nuevas vivencias, el aislamiento, y ensimismamiento, las fantasías, la seudoadultización y la importancia del rol de los padres durante el proceso transicional de la adolescencia, en este último es propicio hacer énfasis en esa lucha denominada “parricida intrapsíquico”, como lo menciona (Carvajal, 1993), el cual está supeditado a la relación y manejo de los padres y el establecimiento de un claro y adecuado vínculo, lo que permitirá disminuir un factor de riesgo que posibilite al chico en su proceso transicional a experimentar acciones autodestructivas.

Existen marcadas tensiones generadas por el nuevo lugar social del cuerpo y su apariencia, nuevas formas de cohesión grupal, unción de la libido y la búsqueda del objeto. Según (Carvajal, 1993), “los síntomas psíquicos menores son casi siempre comportamientos afectivos, emocionales latentes, que son por lo general visualizados o aprehendidos por el medio ambiente de manera angustiante”. Sin embargo, este puede ir acompañado de un impulso progresivo el cual es importante abordar, ya que permite que el chico enfrente nuevos desafíos, que van surgiendo en su cotidianidad y que requieren de recursos internos, en su dimensión autorreferencial que fortalecen su Yo y su Self.

Las características evolutivas tienen sus implicaciones ya que afectan la selección de pruebas de valoración y de las técnicas de intervención, pero que en algunos casos condicionan toda la comunicación entre el terapeuta y el paciente, por lo anterior es importante tener presente la psicología del desarrollo que permite conocer las características propias de cada edad según el contexto. Cabe resaltar que dichos conflictos transicionales en el adolescente, pueden mostrar vivencias traumáticas las cuales no se resolvieron en la infancia y buscan unas salidas falsas, que con toda esa emocionalidad reprimida y su estructura aparecen como líneas de fuga (autolesiones, abuso de sustancias, depresión, ansiedad, entre otras). Es por esto que se tendrá en cuenta una conceptualización, que permitan acercarnos un poco más a que es lo normal y patológico.

Marcelli, (2006), refiere qué, la crisis de ansiedad es esporádica, pero con frecuencia supone el punto inicial de una conducta sintomática permanente. Muchos autores siguen opinando que no se puede hablar de trastornos de ansiedad ya fijos y clasificados en el adolescente. Sin embargo, el texto también hace énfasis en que la mayor parte de los

trastornos observados en el adulto empezaron a manifestarse ya en el transcurso de la adolescencia, aunque a menudo suelen no ser diagnosticados. Por ejemplo, desde el punto de vista terapéutico lo principal sería no concederle importancia a la ansiedad patológica de los adolescentes, minimizando el trastorno somático con el pretexto que no existe ninguna causa orgánica, o por el contrario considerar solo el síntoma sin tener en cuenta o ampliar el examen de personalidad.

En otros aportes, es preciso tener en cuenta que en el caso de la pérdida de su niñez se instala un duelo, en el que el chico debe asimilar y elaborar que su infancia quedó atrás y que este viene acompañado de síntomas (por ejemplo, cuando el adolescente se comporta de forma madura, como alguien adulto y de repente o en determinados momentos se empieza a comportar como un niño), las frustraciones, y demandas del medio implican un desborde emocional en él que genera ansiedad u otros síntomas psíquicos que podrían considerarse propios de esta etapa de desarrollo. En otros casos pueden presentarse períodos de inquietud, angustia, rabia, agresividad que no tienen justa causa, aislamiento e introversión, excesiva preocupación por sus cambios físicos, por su figura, caracteres sexuales.

En el caso de la hipocondría en el que la angustia y los mecanismos defensivos movilizados ayudan a combatir la despersonalización, se debe tener en cuenta que no siempre dichos mecanismos son de tipo arcaico, sino que predominan los factores ambientales, llevando al aprendizaje de uso del cuerpo como medio de expresión de las emociones. Por lo anterior se podría decir que en lo patológico las conductas de evitación son mayormente frecuentes y que la inseguridad, preocupación, temor anticipado a los hechos y que se experimentan como difícil, muchas veces acompañados de síntomas

somáticos como taquicardia, dificultades respiratorias entre otros que podrían llevar a pensar que es importante realizar un estudio más profundo sobre las manifestaciones del adolescente, así como de las formas de salida que tienen dichas expresiones sintomáticas.

En cuanto a las patologías límites, según Marcelli (2006), los estados límites han venido desvinculándose de la psicosis, los psiquiatras mostraron preocupación por la identificación más precoz posible, por lo que analizaron el pasado de los individuos con el fin de ubicar en su personalidad previa la organización patológica y por otro lado indagar sobre la población normal la posible presencia de signos menores que hicieran pensar que habría más adelante una manifestación. En algunos casos, hay organizaciones donde no se evidencian síntomas tan evidentes y claros, lo que requiere de un importante y profundo análisis. De acuerdo a lo anterior se puede resaltar algunos aspectos mencionados que le dan importancia a la contención, ya que cuando el afecto es devuelto de forma acertada y no caótica o abrumadora para el adolescente, ayuda a controlar y regular su emocionalidad, así como el control de sus pulsiones y regulación de su self. Así mismo a partir de estos conceptos y como para acercarnos un poco al reconocimiento de los estados límites, en el funcionamiento mental de los sujetos, está el modelo de mentalización de la teoría del apego, de acuerdo a Fonagy (2010), quien desarrolló el concepto de mentalización, y quien profundiza sobre dichas organizaciones y resalta la importancia del apego seguro como una forma de contención exitosa, y que el apego inseguro puede verse como una conducta defensiva del cuidador con la cual se siente identificado en este caso el niño o adolescente. Por lo anterior se observa que dichos pacientes pueden llegar a perder la capacidad de controlarse y ponen afuera su rabia y malestar psíquico resolviendo sus conflictos a través de actos autos lesivos, destructivos o violentos. Según Marcelli (2006) poco a poco se ha llegado a describir un tipo de

personalidad que, aun moviéndose dentro de los márgenes de lo normal, es sin lugar a dudas portadora de rasgos psicológicos similares o los de individuos con una patología franca o con una personalidad ligeramente patológica, que no presenta aún el cuadro completo. Ahora bien, dicho desorden de carácter, está caracterizado entre por comportamientos que fluctúan entre la psicosis y la neurosis, ya que presentan estallidos de humor, con temor a la separación, suelen mantener relaciones de mucha dependencia, y cuando hay una amenaza de separación pueden agredir a otros, sin embargo la gran pregunta es: qué es normal y qué es patológico?, pues bien, resulta complejo establecer parámetros que nos indiquen que una conducta muestre un rasgo clínicamente significativo en un primer momento, pero es importante desde el punto de vista terapéutico que se pueda realizar una clara evaluación apoyada, con pruebas proyectivas o de personalidad que permitan profundizar en el estudio del paciente y que logren un cuadro de tratamiento desde la psicoterapia, que incluye las perturbaciones intrapsíquicas, defensas y el proceso de transferencia y contratransferencia. Ya que uno de los mecanismos en lo límite es la identificación proyectiva, la cual pone en el otro a actuar lo de él. Cabe resaltar que la angustia en lo límite tiene una apariencia más psicótica y pone el cuerpo a actuar como lo mencionamos arriba a través de (conductas autolesivas, tatuajes, entre otros). Por lo anterior una de las finalidades del proceso es que el adolescente durante la terapia logre introyectar al terapeuta como un objeto bueno, contribuyendo a la integración.

En el caso de los trastornos de la alimentación se evidencia una afectación desde el cuerpo y los aspectos psíquicos. Ya que según como lo menciona Marcelli (2006), el primer mecanismo de contención para la angustia es la proyección del cuerpo, en donde

el adolescente proyecta hacia una parte ajena y amenazante (la cual se identifica como queja hipocondriaca).

Cabe resaltar que el adolescente puede que mantenga una imagen distorsionada de su cuerpo, relacionado con sus cambios físicos o por una fuerte influencia de su entorno, o puede que muestre indicadores clínicos de importante análisis, y que, durante el proceso terapéutico, logre integrar la experiencia orgánica (cargando positivamente el cuerpo como un objeto de amor, para que el riesgo de la carga agresiva disminuya).

En las definiciones anteriores se pueden identificar problemáticas y características de la adolescencia como una etapa atravesada por conflictos tanto consigo mismos, como con su contexto, diferenciado por las crisis y aspectos propios de la etapa que en este período desencadenan angustia y pone afuera todo desborde emocional.

Teniendo en cuenta el texto de Jeammet (1989) acerca de la Psicoterapia en el adolescente, normalmente el adolescente no consulta por su propia decisión e interés, ya que le cuesta expresar con facilidad el sufrimiento interno. Es común, que los adolescentes están a la espera de que sus padres o adultos adivinen el por qué se sienten molestos. Así mismo, Jeammet(1989) refiere que la demanda no se dará por sus verbalizaciones regularmente, ya que la angustia y el sufrimiento psíquico no son conocidos por ellos con gran facilidad; sin embargo, mediante la queja somática y dificultades comportamentales pueden poner afuera y expresar aquellos conflictos internos que trascienden en el adolescente y que se convierten en herramienta para el proceso terapéutico.

1. Jeammet (1989) plantea así mismo lo actual y lo infantil, a partir de esta conceptualización, también plantea que revisar tales conflictos, puede reforzar

inmediatamente, el sentimiento de impotencia del adolescente frente a los problemas cuyo origen inconsciente se le escapa.

2. El abandono es otra de las situaciones que pueden generar temores en el adolescente, justamente por la angustia de separación, es otro de los aspectos interesantes y que se pueden identificar en la psicoterapia, pues es precisamente el vínculo o relación terapéutica lo que permite mantener al adolescente enganchado y de alguna manera facilita que ponga afuera lo que normalmente le cuesta verbalizar, así mismo permite que se sienta en un espacio de confianza y apertura que logre ahondar sobre su problemática actual y su historia de vida. De igual forma es importante cuidar que el adolescente no se sienta invadido o en una situación persecutoria. Por lo anterior es fundamental que el terapeuta sea cuidadoso con ambos aspectos ya que se puede dar desde “la masividad del apego, hasta el retiro de los afectos”.

3. Existen ciertos temores, fobias, emociones, que suscitan en el adolescente y que son considerados propios de su etapa de desarrollo, puesto que los cambios característicos de este estado evolutivo generan angustia y algunos estados de ansiedad. Sin embargo, no es tan fácil identificar qué es normal y patológico en la adolescencia. Ya que a través de los años y de las propias experiencias clínicas muchos autores se han dedicado a estudiar y abordar un tema que genera controversia, pero que también permite desde el punto de vista terapéutico evidenciar indicadores de importante análisis, que pueden servir como material.

De acuerdo a Marcelli (2006), quien plantea que, dada la patología, con frecuencia grave, de estos pacientes, es preciso asociar el enfoque terapéutico del

adolescente límite, con diversas técnicas, ya que dicha patología está dominada por pasos al acto. Estos pacientes normalmente ponen a prueba constantemente la terapia, las identificaciones proyectivas y sus conductas sucesivas de disociación, idealización y desvalorización, amenazan con confundir los límites entre el paciente y el terapeuta, conllevando a una transferencia de tipo psicótico.

La terapia basada en la mentalización es acertada, puesto que es un proceso psicoterapéutico psicodinámico basado en la teoría del apego. Asumiendo el apego desorganizado que promueve un fracaso en la capacidad de mentalizar. Dicha terapia fue diseñada para pacientes límites, la cual intenta mejorar la capacidad del paciente para representar su sentimiento, así como los demás con exactitud emocionalmente desafiantes. La idea es promover el vínculo de apego seguro, proporcionando un contexto relacional que permite explorar la propia mente y la de los demás. Lo anterior como una forma de mostrar otras experiencias que podrían ser interesantes a la hora de abordar las sesiones con un paciente con las características límites; sin embargo, no se puede dejar de lado todo el proceso transferencial y el ahondamiento de la infancia que ayudará al curso de la terapia y por ende a la integración que es donde se pretende llegar.

De acuerdo Bleiberg (2013), quien en su artículo realiza una descripción y análisis la terapia basada en la mentalización para adolescentes y familias, quien plantea: que los niños a punto de llegar a la adolescencia con una capacidad débil para mentalizar son menos capaces para enfrentarse a los desafíos del desarrollo adolescente. Les cuesta más integrarse en un cuerpo que ha cambiado considerablemente; en una conciencia personal reorganizada; en controlar los mayores impulsos de la sexualidad y de la nueva

capacidad procreativa; en regular una mayor intensidad afectiva; en manejar mejor la abstracción y simbolización; en hacer frente a la presión de los pares con respecto a normas y expectativas, y a las demandas de la transición a roles más adultos; a la autonomía, separación e intimidad en las relaciones. El contexto en el cual estos cambios del desarrollo se producen, abarca las estructuras y valores de la cultura, las presiones económicas y las oportunidades, la propia historia familiar y su funcionamiento actual y, fundamentalmente, un cerebro que sufre una reorganización masiva que compromete su capacidad para tomar diversas perspectivas, activar la regulación “de arriba abajo” del estrés, del afecto exagerado y del sistema de apego. Es esta “tormenta perfecta” biopsicosocial que probablemente crea las condiciones para la vulnerabilidad en la capacidad de adaptación y la aparición de TLP en muchos adolescentes. Como Baird et al, (2005) describieron, el efecto de los cambios del desarrollo neuronal en adolescentes vulnerables es como “atar un motor de 330 caballos a una caja de cartón” (p1046). La “caja” en cuestión es la frágil habilidad para mentalizar, una habilidad que se pierde precipitadamente cuanto el “motor de 330 caballos” de las necesidades de la excitación emocional y apego se activan. Mecanismos de defensa, tales como la inhibición activa de la mentalización, probablemente se organizan durante la adolescencia con el objetivo de enfrentarse a la intensa desesperación e indefensión adolescente.

Hay un interés desde la experiencia social y el ambiente familiar y la manera cómo afectan en el desarrollo de la personalidad, las relaciones sociales y la psicopatología. Por ello algunos autores como los anteriormente mencionados han brindado diferentes aportes que ayudan a comprender la importancia de la relación terapéutica y es justamente esa diada la que contribuye a la organización de la psiquis en este caso del adolescente, tal es el caso de

Fonagy (2006) y su apuesta a la mentalización, entendiendo que no es innata y que su desarrollo depende del ambiente temprano y la calidad de las primeras relaciones del niño. De acuerdo a (Kernberg, 1979) refiere que los efectos de las primeras identificaciones de la temprana infancia serán profundos y duraderos, ya que en el sentido más amplio, la teoría de las relaciones objetales representa el estudio psicoanalítico de la naturaleza y origen de las relaciones interpersonales, así como de la naturaleza y el origen de las estructuras intrapsíquicas que derivan de las relaciones internalizadas en el pasado, fijándolas, modificándolas o reactivándolas con otras en el contexto de las relaciones interpersonales presentes. En términos psicoanalíticos Aberastury, A. & Knobel, M. (1998) postulan que en la adolescencia lo esencial es la necesidad de entrar en el mundo adulto. La modificación corporal esencia de la pubertad, el desarrollo de los órganos sexuales y la capacidad de reproducción, son vividos por el adolescente como una irrupción a un nuevo papel que modifica su posición frente al mundo y que además los compromete también en todos los planos de la convivencia. El adolescente atraviesa por desequilibrios e inestabilidad extremos, lo que configura una identidad semipatológica que se ha denominado “*síndrome normal de la adolescencia*” porque, es perturbador para el mundo adulto, pero necesario para el adolescente, quien durante este proceso va a establecer su identidad, como objetivo fundamental de ese momento vital. Para estos autores todo adolescente lleva a cabo *tres duelos fundamentales*: 1) Duelo por el cuerpo infantil perdido; los cambios físicos son sentidos como algo externo; sin embargo, el adolescente debe ser capaz de aceptarse. Aquí los cambios en su cuerpo lo obligan también al desprendimiento de su cuerpo infantil. 2) Duelo por el rol y la identidad infantiles, es la renuncia de la dependencia y una aceptación de responsabilidades desconocidas, las cuales delega con personas de su entorno. 3) Duelo por los padres de la infancia a quienes trata de retener en su personalidad, buscando el

refugio y la protección que ellos significan, situación que se complica por la actitud de los padres ante la aceptación de que los hijos han dejado de ser niños y están en vías de ser adultos. Durante este proceso, el adolescente expresa reacciones de hostilidad frente a los padres y al mundo en general expresa desconfianza, en la idea de no ser comprendido, en su rechazo de la realidad, situaciones que pueden ser ratificadas o no por la realidad misma. Además, a estos desconciertos se une el enfrentar el duelo por la bisexualidad infantil también pérdida, donde a través de una serie de identificaciones lo llevarán al adolescente a su identidad sexual final, cuyas características esenciales se describen como “producto además de la interacción del individuo con su medio”. Aberastury, A. & Knobel, M. (1998).

Ahora bien, de acuerdo a Klein, (Klein, 1993), señala que al entrar a la *pubertad* los niños presentan con mucha frecuencia dificultades psicológicas y notables cambios en su personalidad. Las dificultades en los varones pueden ser atribuidas a la falta de un aparato psíquico necesario para manejar su maduración sexual y los cambios físicos que implica. Abrumado por su sexualidad, se siente a merced de sus deseos y de impulsos que no puede satisfacer, por lo que debe soportar una pesada carga psicológica.

Igualmente en otra de sus obras Klein, M. (Klein, 1993) refiere que no es (como se supone generalmente) la debilidad o falta de superyó, ni la falta de conciencia, la responsable del comportamiento característico de personas antisociales y criminales, sino la abrumadora severidad del superyó, ya que el niño pequeño alberga primero impulsos y fantasías agresivos contra sus padres, después los proyecta en ellos y así desarrolla una fantasía de objetos persecutorios que le hacen visualizar imágenes distorsionadas de la gente que lo rodea.

Patología límite de la personalidad en adolescentes

Existe una marcada alteración de las relaciones parentales internalizadas. El Superyó puede ser definido como “la estructura funcional de la personalidad, psicogenéticamente adquirida por la internalización de las exigencias parentales, regida por el principio de deber, en tanto que representante consciente e inconsciente de los derechos del otro y de cuya inhibición surgen los diversos conflictos” (Villamarzo, 1983). En el adolescente *borderline*, esta instancia de la personalidad se encuentra deteriorada, sin haber podido establecer un adecuado desarrollo de la misma.

La fundación orienta, 2016, establece que la incapacidad para integrar las partes buenas y malas de las experiencias con los demás y con la persona misma es debida a los mecanismos defensivos basados en la escisión y a las experiencias internalizadas con las figuras que nos cuidan. Esta incapacidad de integración repercute en la posibilidad de experimentar preocupación y culpa, creando imágenes de sí mismo de grandeza o desvalorización y ausencia de responsabilidad moral.

Así mismo mencionan que, debido también a este mecanismo escisorio, lo que caracteriza a las funciones ética y moral es su variabilidad, sobre todo respecto a la función ética. De ahí que la culpa aparezca y desaparezca, mientras que, en la organización límite domina el mecanismo de la vergüenza como modo de evitar el juicio moral. Existe una posición de sumisión a la función paterna, ético-moral, y se alterna con reacciones contrarias de rebelión, cólera y venganza. La idealización y respeto se tornan en despecho y denigración, así como en angustia flotante, crisis de pánico o en lamentos histérico-fóbicos.

Estas funciones son las que realiza el Superyó y que, como vemos, están debilitadas o deterioradoras en el adolescente *borderline*. Se trata de funciones del Superyó primitivas, que se traducen en impulsividad, falta de interés en los demás y paso al acto sin responsabilizarse de sus conductas, ya sean sexuales, agresivas o afectivas, con descargas bruscas de agresividad o ira, conductas de abuso, promiscuidad y/o desviaciones sexuales.

Los adolescentes *borderline* suelen internalizar una imagen parental tiránica, sádica y temible (Marcelli, 1986), un Superyó autócrata (Zdanowicz, 1996), o lo denominado como un *Superyó personificado*: exhibiendo y ocultando sus deseos, con una radical disfunción ética, entre escrupulosidad-reparación y cólera-venganza, donde el límite neurótico exhibe su esfuerzo reparador y culpable, y el límite psicótico expresa su cólera y envidia (García Siso, 1990). Con frecuencia, estos adolescentes producen transferencias micropsicóticas con un tinte paranoide (Kernberg *et al.*, 2000).

En cuanto a la agresividad e impulsividad una de las características clave del cuadro clínico de los adolescentes *borderline* es la presencia de agresividad e impulsividad en forma de ira intensa y desproporcionada, agresividad verbal, que se convierte en muchos casos en violencia (hetero y autoagresividad), alteraciones en la regulación de la agresión (caracterizada por la rabia narcisista) y muestras de sumisión extrema o defensas paranoides.

El adolescente límite se caracteriza por un comportamiento impulsivo, un cierto grado de tensión interna subordinada a los patrones agresivos que aparecen en muchas áreas de funcionamiento, como el área familiar, escolar, legal y en las relaciones con sus iguales. Puede mostrarse de forma desafiante, negativista, con resentimiento, hostilidad directa o indirecta, con arrebatos y/o con conductas de aislamiento y excesiva dependencia hacia los padres.

La utilización de la hetero o/y autoagresividad en estos adolescentes suele ser masiva y repetida, y tiende a ser motivada por la angustia de fragmentación, la inestabilidad yoica, los afectos depresivos, que amenazan con desbordarla de forma constante y la necesidad de confusión y de negar la realidad por falta de representaciones buenas internalizadas, (fundación orienta, 2016).

Con respecto a la impulsividad, encontramos en los adolescentes limítrofes una historia de comportamiento impulsivo, masivo y repetido, con poca tolerancia a la frustración, describiendo la “falta de control de impulsos como el sello distintivo de la función limítrofe” (Kernberg *et al.*, 2000), con bajo nivel de tolerancia al estrés, a la angustia y a la depresión, y trabajando en un nivel inferior a sus capacidades.

Esta falta de control de impulsos se puede observar en las conductas bulímicas de las adolescentes, compras compulsivas, toxicomanías, promiscuidad, robo compulsivo y/o desviación sexual.

Inestabilidad afectiva, angustia primaria, afecto agresivo, miedo al abandono, depresión, vacío y ausencia de culpa

Estos adolescentes presentan dificultades de identificación, expresión y modulación del afecto, caracterizándose por una inmadurez e inestabilidad afectiva. Presentan un espectro restringido de afectos que se mueven en un rango disfórico y muestran una modulación limitada dentro del mismo afecto, movilizándose abruptamente de uno a otro.

La angustia es primaria, intensa, crónica, libre y flotante en el adolescente límite. Tal y como apuntaban varios autores, como Geleerd (1958) y más tarde Masterson (1972) y Kernberg (1975), la angustia es de pérdida total, de desastre y aniquilación, de destrucción, con una

cualidad traumática muy diferente a la angustia mostrada por los adolescentes sanos. Existe una incapacidad de identificar la angustia y desarrollan solo una ansiedad básica que les paraliza.

Con respecto a la importancia del afecto agresivo, tal y como acabamos de describir en líneas anteriores, hacemos referencia a las alteraciones en la regulación de la agresión, expresada a través de cólera, de rabia narcisista, de ira intensa e inapropiada, de una fuerte hetero y/o autoagresividad, que en muchas ocasiones se convierten en violencia. En el sentido de la inestabilidad afectiva, la agresividad con impulsividad suele aparecer cuando se sienten abandonados y/o no queridos, y también como consecuencia de su insatisfacción constante. Parece ser respuesta a experiencias pasadas o presentes de daño real, trauma o abandono, y es una defensa frente a la soledad y pérdida que sienten.

Una de las características afectivas principales de este tipo de pacientes corresponde a la existencia de sentimientos y de miedos al abandono con frustración ante los sentimientos de soledad. Existe una alta incidencia de afectos depresivos en los pacientes *borderline*, así como la presencia de episodios y trastornos afectivos mayores que después se pueden observar en adultos.

En esta *depresión por abandono* (Masterson, 1972) radica el origen de la patología *borderline*. Recordemos que para Masterson se trata de una vivencia subjetiva de abandono, en el sentido de que no es tanto que la madre tuviera que marcharse, sino de cómo vivió el paciente esa situación. Se trata de cómo la persona experimenta la separación real de la persona significativa.

Puede ser la separación real (muerte o divorcio), pero a menudo son acontecimientos que se revelan mediante un exhaustivo interrogatorio en la entrevista psicoterapéutica y cuya

significación pasa inadvertida tanto para el paciente como para sus familiares. Estos sentimientos de abandono pueden ser provocados, por ejemplo, por la enfermedad de personas muy cercanas al entorno familiar que cumplen las funciones parentales simbióticas (como la muerte de una abuela), traslados de hogar por razones de estudios, que su novio o novia le deje, etc.

Es importante resaltar que los sentimientos depresivos en la adolescencia se presentan en forma de hiperactividad y trastornos de conducta por la actuación de los mecanismos de defensa, entre ellos la escisión y el *acting out*, y que, como consecuencia de sus comportamientos impulsivos y de sus afectos depresivos, aparecen intensos sentimientos de rechazo, de no aceptación y de aislamiento. Estos adolescentes también se caracterizan por profundas sensaciones de temor hacia el futuro, pesimismo y falta de esperanza.

Mecanismos de defensa primitivos

Los mecanismos de defensa utilizados en la adolescencia *borderline* son, sobre todo, de carácter primitivo y producen resultados patológicos al ser éstos utilizados en exceso, con intensidad exagerada o de manera aislada. Estos mecanismos de defensa primitivos son: la escisión, la idealización primitiva, la identificación proyectiva, la omnipotencia, la devaluación y la negación, y proceden de etapas muy precoces del desarrollo evolutivo (Kernberg, 1975).

En primer lugar, con respecto a la *disociación o escisión primitiva*, esta subyace y es el origen de todas las demás defensas, convirtiéndose en la principal operación defensiva en este tipo de pacientes. La causa fundamental para la utilización masiva de este mecanismo es la debilidad yoica.

En segundo lugar, con respecto a las *idealizaciones primitivas*, no son adaptativas ni estructurantes de la personalidad, ya que son patológicas. El adolescente muestra una

confusión casi total entre lo idealizado y la realidad, utilizando este mecanismo de una forma masiva, repetitiva, indiferenciada y primitiva. Se trata de una idealización casi psicótica, total, con falta de sentido de realidad en algunas ocasiones. En los adolescentes *borderline*, los objetos escindidos y proyectados (en bueno y malo) son totalmente buenos o malos, por efecto de la escisión y también de la idealización. Ni las devaluaciones ni las idealizaciones son fijas, sino que en unos segundos pueden cambiar en una misma persona, pasando de sentirse perfecto a sentirse un mediocre varias veces al día. Debido a la intensa vulnerabilidad que activa los mecanismos de defensa, todo adquiere unas características desproporcionadas. En tercer lugar, en el caso de la *identificación proyectiva*, las consecuencias del funcionamiento masivo de este mecanismo en los adolescentes *borderline* conducen a un empobrecimiento yoico e incapacidad de discriminar entre sujeto y objeto, manifestándose en estados de confusión, perturbaciones en el sentido de identidad. El paciente *borderline* no solo lanza al exterior sus propias emociones, sino también partes de su propio Yo, maduras y capaces de hacerse cargo de la realidad psíquica. La causa desencadenante de la utilización de este mecanismo es la intolerancia a la separación, la necesidad de control omnipotente, la envidia, los celos, la desconfianza y la ansiedad persecutoria.

En cuarto lugar, haciendo referencia a los mecanismos defensivos de *omnipotencia* y *devaluación*, la utilización de estas defensas en adolescentes fronterizos constituye un recurso maníaco ante sentimientos depresivos, de devaluación, ruina y vacío. También tratan de combatir un sentimiento de desvalorización que les lleva a no aceptar ninguna necesidad de ayuda, en gran parte por temor a nuevos fracasos. Su dependencia les hace sentir una intolerable vulnerabilidad, y para manejar la envidia devalúan a sus objetos, activándose por un lado representaciones de un Yo grandioso, inflado y omnipotente, junto a representaciones altamente despreciativas y devaluadas de los demás.

Por último, con respecto al *acting out* como mecanismo defensivo, los adolescentes *borderline* realizan una utilización masiva y repetida de hetero y/o autoagresividad, siendo la causa, como vimos en líneas anteriores, la angustia de fragmentación, la inestabilidad yoica, los afectos depresivos que amenazan con desbordarla de forma constante y la necesidad de confusión y de negar la realidad por falta de representaciones buenas internalizadas.

En relación a la *defensa impulsiva* del paciente *contra la depresión por abandono*, ésta se activa, como su propio nombre indica, tras recordar la desesperación, el abandono y la impotencia que se asocian con la separación con respecto al padre o la madre, según el caso. Suele observarse al principio un aburrimiento leve, inquietud, dificultad para concentrarse en la escuela, hipocondriasis y, quizás, un exceso de actividad. Por último aparecerán formas más explícitas de actuación, como por ejemplo conductas antisociales, robos, consumo de drogas y/o promiscuidad sexual.

Relaciones interpersonales internalizadas patológicas e inestables

La ausencia de un mundo integrado de representaciones totales y de un concepto estable de sí mismo y de los demás interfiere en la normal modulación y capacidad de relación con los otros. Debido al mecanismo escisorio, también existe una predominancia de apego/desapego. Predomina tanto la alternancia del apego, la proximidad, el afecto, el contacto corporal, como el desapego, la aparente lejanía y la distancia afectiva. Y es por este mecanismo por lo que también existen varios tipos de apego en estos pacientes, desde el contradictorio, dependiente o inseguro, hasta el evitativo. Los adolescentes *borderline*, por temor a sentirse abandonados, pueden renunciar al contacto o bien necesitarlo extremadamente con los demás de forma obsesiva.

Tienen escaso interés por el futuro, por los hobbies y por relaciones sociales. No tienen sentimientos de pertenencia a un grupo, establecen relaciones indiscriminadas y posesivas y, en general, establecen malas relaciones con sus compañeros (Kernberg *et al.*, 2000).

Las tendencias que suelen manifestar son de tipo psicopatóformes o psicopatózantes de los grupos, tales como hipomanía y megalomanía, dilución de la responsabilidad y la culpa en el anonimato encontrado en la colectividad que le proporciona protección, gratificación inmediata, exigencia violenta, y desculpabilización y aconflictividad de la arrogancia (Lasa, 2008).

Antecedentes del desarrollo y contexto familiar patológico

Los resultados de las investigaciones realizadas sobre el tema, ya sean empíricas o teóricas, antiguas o actuales, han descrito la alta incidencia de interacciones patológicas en familias con adolescentes *borderline*. Los padres presentan un alto índice de psicopatología depresiva, alcoholismo, trastorno *borderline* y antisocial de la personalidad.

Citando como referencia a diversos autores clave, como Kestenberg en 1952 (Paz, Pelento y Olmos de Paz, 1976) o Masterson (1975), se describen a madres posesivas, exigentes, controladoras, ansiosas y temerosas, con fuerte tendencia a forzar a sus hijos a un vínculo simbiótico. Existe inconsistencia, sobreinvolucración y rechazo en el comportamiento de la madre y una utilización narcisista del niño, quien es tratado como un objeto que calma las necesidades de la madre. Las madres no permiten ni facilitan el uso de objetos transicionales, existiendo fracasos en el proceso de separación-individuación del hijo.

Kernberg *et al.* (2000) señalan la incapacidad adolescente para relacionarse con los dos padres como pareja y para hacer frente a la rivalidad y a la envidia fraternas, donde existe hostilidad y abusos. Los adolescentes *borderline* perciben a sus padres como totalmente

buenos o totalmente malos, debido a los mecanismos de escisión. También los describen como fracasados, reticentes, egocéntricos, sádicos y punitivos (Lobel, 1981; Kernberg *et al.*, 2000). Debido a este mecanismo escisorio, también se observa el desarrollo de vínculos de apego inseguros, desorganizados y/o contradictorios.

Lawson (2000) afirmaba en sus estudios que la madre *borderline* confunde a su hijo, no se disculpa o recuerda conductas inapropiadas, espera que la cuiden, castiga o desalienta la independencia; envidia, ignora o disminuye los logros de su hijo; destruye, denigra o mina la autoestima, espera que el niño responda a sus necesidades; amenaza y molesta a su hijo; mantiene una disciplina inconsistente o punitiva, se siente enajenada, celosa o resentida si el hijo es querido por otra persona, usa amenazas de abandono como castigo, no cree en la bondad básica del hijo y desconfía de él.

También se puede observar en los últimos resultados empíricos obtenidos la ausencia de calor emocional, sobreprotección y rechazo de los padres, con mayor psicopatología materna y exceso de ansiedad y temor. A su vez, según estos resultados, los efectos de la patología *borderline* de los adolescentes (impulsividad, delincuencia, inestabilidad, comportamiento peligroso) provocan que los padres sean menos cercanos y les rechacen. Estas dos direcciones causales incluso se refuerzan entre sí (Schuppert *et al.*, 2012).

Historia clínica del paciente

Identificación de la paciente

Nombre: Juanita

Fecha de Nacimiento: 31 de diciembre

Edad: 15 años

Sexo: Femenino

Escolaridad: al iniciar el proceso cursaba 11°, actualmente se encuentra desescolarizada.

Fecha de evaluación: 1 y 8 de abril de 2019

Proceso terapéutico: 29 de abril del 2019. Continúa en proceso terapéutico.

Motivo de consulta

Juanita acude a consulta por interés de sus padres, remitida por la psicóloga tratante, ya que desean que retome proceso terapéutico, después de haber realizado un intento de suicidio (se cortó la muñeca) y comportamientos de tipo impulsivo. Los padres desean que continúe para que mejore su relación afectiva y para disminuir riesgos. Estuvo internada el año pasado en el hospital psiquiátrico.

Descripción sintomática

Se evidencia relación distante con sus figuras de apego (padre y madre), desde muy temprana edad presentaba conflictos con ellos. En sus primeros años estuvo al cuidado de una tía paterna quien la acompañó en su proceso escolar, la llegada de su hermanita, a la edad de 6 años generó una relación distante con la madre.

Desde su escolarización se han evidenciado dificultades conductuales en la relación con los pares. Se observan dificultades en sus habilidades sociales pues en el contexto escolar suele permanecer aislada, con poco contacto con sus compañeros de clase; la institución educativa antes de la desescolarización, refería preocupación por la apatía y poca disposición de Juanita frente al grupo.

Ha mostrado síntomas depresivos desde hace unos años, ya que empezó a presentar cambios en su comportamiento, le costaba socializar, se irritaba con facilidad, mostró pérdida de los intereses habituales, fracaso escolar, trastorno del sueño y conducta de autoagresión. Así mismo, se evidencian conflictos familiares, tales como diferencias con sus padres, constantes peleas, la sensación de abandono en algunos momentos, ya que permanece mucho tiempo sola en casa, pues su madre labora todo el día y su padre poco comparte con ella y cuando lo hace muestran marcadas diferencias.

Durante las sesiones de psicoterapia la paciente ha manifestado que desea por momentos hacerle daño a su padre con un cuchillo, pero que luego piensa en las consecuencias y se retracta de su deseo, ha visto películas de terror y se siente identificada con Chuky, quien para ella representa la agresión y deseos intensos de hacer daño, aunque también observa en él su dolor y la búsqueda de ser querido y reparado; lo anterior puede mostrar fantasías sobre agresiones físicas en la paciente. De igual forma las conductas e ideación suicidas tales como el cortar su muñeca, y el pensamiento recurrente por el deseo de morir, suelen hacer parte de su discurso y curso del pensamiento, aunque en la actualidad manifiesta que estos deseos han venido disminuyendo.

Es importante resaltar que a sus 14 años Juanita estuvo hospitalizada en la clínica psiquiátrica, por cuadro depresivo a raíz del intento de suicidio, ya mencionado.

Historia personal y familiar

Juanita es una adolescente de 15 años de edad, nacida en Barrancabermeja Santander. En cuanto a las condiciones Pre - Peri y Postnatales se conocen algunos datos proporcionados por la madre, quien refiere que fue producto de un embarazo deseado y es la mayor de dos hermanas, no se identifican antecedentes en el desarrollo. Durante su niñez se destacó por ser muy inteligente y activa; sin embargo, mostró dificultades comportamentales ya que solía ser desafiante en las instituciones donde estaba escolarizada, se evidencia patrón de permisividad por parte de sus figuras de apego (padres).

Con el padre refiere un vínculo distante, ya que él se mantiene alejado, existen constantes discusiones entre sus padres, el dedica poco tiempo a su familia, y no es una figura proveedora para el hogar, y esto genera malestar en Juanita, a pesar de ello presenta sentimientos de ambivalencia por no corresponder a las demandas del objeto malo – papá.

A la edad de 14 años estuvo hospitalizada en una clínica psiquiátrica por episodios depresivos y conductas auto-lesivas que detonaron en un intento de suicidio.

Juanita actualmente tiene 15 años de edad. Vive con su madre, padre y hermana menor. En su ambiente familiar se perciben dificultades en las relaciones interpersonales, la relación con su madre es poco cercana, ya que desde su infancia Juanita vivió con su familia paterna, con quienes intentó vincularse, pero actualmente refiere que no desea vivir más con ellos, ya que tienen muchas diferencias. Juanita expresa que desde muy pequeña poco compartía con su mamá, y que ella suele regañarla mucho, no dedicarle tiempo pues permanece constantemente sola, a partir de la hospitalización la relación toma otro rumbo y

la madre empieza a acercarse más a Juanita y tratar de establecer un vínculo más estrecho; sin embargo, a Juanita le es difícil vincularse.

Cursaba 11° en un colegio privado, a pesar de que el terminar sus estudios y poder graduarse la tiene motivada, su conflicto familiar la desmotiva, no permitiéndole obtener los mejores resultados académicos, además manifiesta que no puede dormir bien en su casa pues no se siente tranquila en ella, no sabe cómo actuar, se siente diferente a los demás, se siente aburrida, intranquila por momentos y desconfiada porque mantiene muchos conflictos con su padre.

Durante el proceso psicoterapéutico se desescolariza, decisión tomada por la madre, quien considera que es la mejor opción a raíz de un reporte del colegio, quienes activaron ruta a comisaria de familia por posible negligencia de la familia frente a su proceso. En la actualidad solo cuenta con un amigo, con quien prefiere mantener una relación de comprensión, ya que suelen ser muy parecidos.

Según reporte por psiquiatría de niños y adolescentes Juanita presenta un posible “trastorno de identidad de género no especificado” y “trastorno de la conducta, con base depresiva

En las sesiones iniciales ha manifestado gusto por su mismo sexo, refiriendo que en el colegio le atraía una compañera, con quien no logró mantener comunicación, pues a ella le costaba expresarle sus sentimientos; sin embargo, manifiesta que fue lo mejor pues ahora poco sale y prefiere solo estar en contacto con su amigo. Actualmente Juanita ha logrado mayor confianza durante la terapia, lo que le ha permitido narrar su historia personal y familiar de manera un poco más profunda. Se han brindado espacios que permiten desarrollar la empatía con la terapeuta y fortalecer el vínculo terapéutico.

Genograma

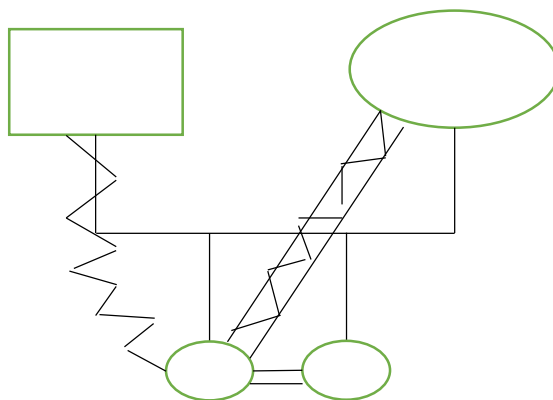


Figura 1. Relaciones entre los miembros

Proceso de evaluación

Para el trabajo de diagnóstico de Juanita se utilizó una prueba proyectiva para ahondar acerca de su personalidad. Se aplicó la prueba HTP, justificando la interpretación de la evidencia lo siguiente: el dibujo de la casa muestra un deseo de aparentar, sensación de poder e indicadores de inmadurez. Así como una alta imaginación, al no dibujar techos muestra poca sensibilidad, expresando sus pensamientos e ideas con diplomacia. Las paredes se perciben reforzadas indicando defensas extremas, con el fin de mostrarse fuerte ya que suele ser insegura y desea mantener el control. Suele mostrar poca confianza, la puerta la dibuja cerrada, evidenciando que no permite fácilmente el acceso ya que se percibe como autosuficiente y no necesita del contacto con los demás. Una forma de ocultar la realidad en la que vive, es a través de la fantasía, ya que dibuja unas ventanas en el techo del castillo. Pone claros límites frente a su privacidad (camino pedregoso). Muestra cierto rechazo por su situación familiar y poca estabilidad emocional.

En la figura del árbol el tallo se muestra delgado y largo lo que indica introversión. En las raíces muestra actitud infantil. El suelo lo dibuja puntiagudo mostrando una situación que le

disgusta o la hace sentir molesta. Las ramas muestran tendencia a la soledad y parece haber un evento significativo a los 6 años y medio, según el índice de Wittgenstein, lo que coincide con la edad en la que nació su hermana menor.

En el dibujo de la persona la forma como dibuja la cara muestra una actitud agresiva y dominante, el cabello, aunque se ve poco lo dibuja desordenado, propio de su etapa de desarrollo., los ojos muestran falta de adaptación, rigidez y desconfianza. En los rasgos de la nariz se evidencia poco control de impulsos, ya que acentúa los agujeros. Al omitir el cuello muestra agresividad sumada a otros signos.

Así mismo para la evaluación se tuvieron en cuenta los antecedentes, entrevistas iniciales e informes y reportes de los profesionales, tales como test de la familia, Prueba DFH Machover, los cuales concuerdan con la interpretación de las pruebas aplicadas.

Conceptualización diagnóstica

Desde el CIE 10, los síntomas de Juanita llevan a plantear una hipótesis de una organización límite de la adolescencia. La paciente presenta características que fluctúan entre esfuerzos desesperados por evitar el desamparo real o imaginario, relaciones interpersonales inestables que alternan entre la idealización y devaluación, inestabilidad de la autoimagen, impulsividad, sensación de vacío y dificultad para controlar la ira. Así mismo se ha evidenciado durante el proceso un desorden en su apego temprano, por una madre y padre poco contenedores. Percibe a su padre como un objeto hostil, malo y castigador. Muestra una identificación hacia la figura paterna, con sentimientos ambivalentes. A la madre la percibe por momentos como objeto bueno. Se evidencian manifestaciones de impulsividad e ideación suicida. Perturbaciones agresivas del objeto, afectando su vinculación. Posee un sí mismo devaluado, con mecanismos defensivos que

intentan minimizar la angustia, evitando las relaciones cercanas. Experimenta impulsos homosexuales representando sentimientos ambivalentes por no corresponder a las demandas del objeto malo (padre). Se perciben síntomas depresivos, ya que suele aislarse, refiere que prefiere estar así sola, que poco le gusta conversar y que las personas no le generan confianza, al interior del proceso ha realizado afirmación como “a veces me dan ganas de matar a todos”.

Teniendo en cuenta la conceptualización teórica, (Horner, 1984), plantea unos tipos de apego que son el resultado de la interacción con sus figuras padre y madre o cuidadores. Los apegos múltiples no integrados se podrían evidenciar de acuerdo a la historia personal y familiar de Juanita, ya que contó desde su primera infancia con varios cuidadores, con los cuales no logró formar un referente estable. Se podría decir que dicho fracaso en el proceso de apego, causa cierto cuadro clínico de importante análisis. Evidenciando una paciente con problemas de identidad; ya que, a partir de las experiencias poco constructivas, se interrumpió el desarrollo del yo.

De igual forma existe un claro narcisismo de los padres, en donde se percibe a una madre abandonica, pero invasiva, con un cúmulo de sentimientos de culpa, pero al tiempo poniendo afuera toda su carga emocional. En este caso la madre suele ser demandante exigiendo al medio, todo aquello que le cuesta elaborar.

En Juanita se evidencian claros mecanismos defensivos de los que hace uso frente a las relaciones con sus objetos. Es el caso de la disociación, en donde pone imágenes de sí misma o de los objetos del todo idealizadas o por el contrario del todo denigradas. Suele incluso mostrarse onnipotente como forma de protegerse contra las amenazas del medio, se observan pensamientos contradictorios y una temible desvalorización de sí mismo y de los

otros. En el caso de Juanita su vida emocional está dominada por la irrupción de sentimientos violentos incontrolados, las emociones de terror, cólera, rabia e impotencia son las más frecuentes.

Análisis del caso

Juanita tiene 16 años de edad y una hermana menor de 10 años, inicia terapia en el Hospital Psiquiátrico San Camilo debido a un intento de suicidio, cuando es dada de alta retoma proceso psicoterapéutico en una institución de la ciudad donde reside.

Sus padres quienes inicialmente la acompañaban a las valoraciones, se muestran preocupados por su situación, sin embargo, en la medida que avanzaba el proceso empiezan a mostrar conflictos familiares.

En Juanita se ha evidenciado durante el proceso un desorden en su apego temprano, por una madre y padre poco contenedores. Percibe a su padre como un objeto hostil, malo, castigador. Muestra una identificación hacia la figura paterna, con sentimientos ambivalentes. A la madre la percibe por momentos como objeto bueno. Se evidencian manifestaciones de impulsividad, ideación suicida. Perturbaciones agresivas del objeto, afectando su vinculación. Posee un sí mismo devaluado, con mecanismos defensivos que intentan minimizar la angustia, evitando las relaciones cercanas. Experimenta impulsos homosexuales.

Muestra síntomas depresivos, ya que suele aislarse, y refiere que prefiere estar así sola, que poco le gusta conversar y que las personas no le generan confianza, que a veces le dan ganas de “matar a todos”.

Este fracaso en el proceso de apego, causa cierto cuadro clínico de importante análisis.

Evidenciando una paciente con problemas de identidad, ya que, a partir de las experiencias poco constructivas, se interrumpió el desarrollo del yo.

Juanita ha venido experimentando cambios desde el punto de visto físico, como, por ejemplo; cuando corta su cabello por sí sola, oculta su busto, quiere lucir una apariencia un poco más desaliñada, entre otros, lo que podría decirse que es característico de su etapa, pero al tiempo muestra una clara identificación con la figura paterna a la cual desea imitar, lo que implica un desajuste, ya que los sentimientos hacia el objeto internalizado como malo (en este caso el padre), son ambivalentes. Durante las diferentes sesiones Juanita ha verbalizado que siente que su cuerpo no es el mismo, mostrando una desarmonía en el cuerpo, y mucho temor.

Así mismo se evidencia en Juanita una constante búsqueda de sus relaciones objétales, la cuales no han sido internalizadas, sin embargo, se identifica que, al momento de tratar de vincularse con el medio, las experiencias tempranas, vivenciadas como abandono, le impiden poder hacerlo, afectando su relacionamiento.

En Juanita se evidencian claros mecanismos defensivos, que hace uso frente a las relaciones con sus objetos. Es el caso de la disociación, en donde pone imágenes de sí misma o de los objetos del todo positivas o por el contrario del todo negativas. Suele incluso mostrarse omnipotente como forma de protegerse contra las amenazas del medio, los pensamientos contradictorios, la temible desvalorización de sí mismo y de los otros.

Juanita pone a prueba constantemente la terapia, las identificaciones proyectivas y sus conductas sucesivas de disociación, idealización y desvalorización, amenazan con confundir los límites entre ella y la terapeuta, que lleva a una transferencia de tipo psicótico. En este caso Juanita puede pensar que la terapeuta piensa o la trata exactamente como lo hacen sus padres, desde este punto, no se muestra una oposición transferencial sino por el contrario una forma de evitación que lleva a englobar a todos los adultos con una

serie de rasgos “simplistas”. En este caso y frente a la prueba constante de Juanita, se percibe una relación parcial con el objeto (centrado en la relación con la familia y evidenciado en la terapia).

Durante las sesiones se identifican síntomas impulsivos, aislamiento, poco discurso y poca disposición. Así mismo poco a poco el vínculo terapéutico se va fortaleciendo, lo que permite ahondar de manera más profunda. A continuación, me limito a usar ciertos elementos del trabajo psicoterapéutico desarrollado con Juanita hasta el momento, donde se puede observar lo anteriormente expuesto.

En la cuarta sesión, después de la devolución realizada en compañía de su mamá; refiere: “mi papá siempre es así y no creo que él realice terapias, y que cambie”, al preguntarle que sí desea que su papá continúe viviendo con ellas, expresa que no, “ojalá se vaya muy lejos, no quiero que esté allí”. Así mismo durante el espacio se muestra la posibilidad de que al no querer hablar de su situación familiar y guardar silencio durante la sesión era una forma de no confrontar lo que estaba pasando, como una forma de dejar que todo siga, pero con la esperanza de que algún día todo cambie. Ella por su parte acentúa con la cabeza y expresa que sí.

En la medida que transcurren las sesiones Juanita se muestra más dispuesta, elaborando una estructura, con diferentes materiales, para la construcción de una casa, en la medida que realiza la actividad va integrando cada parte de la casa, donde pone mucho de sí misma, permitiendo en su momento a la terapeuta vincularse y participar del ejercicio. Se muestra dedicada a los detalles, encierra la casa que elabora, y se le señala que puede ser que esa también sea su forma de relacionarse con el mundo, acentúa con la cabeza, sonríe y expresa “sí, me gusta estar sola, cuando mi papá está, solo molesta”.

En la siguiente sesión continua el dialogo sobre su padre y expresa “mi papá es muy celoso con mamá, la molesta y cela todo el tiempo, es cansón, grita y no la deja salir, quisiera que él desapareciera, no lo quiere ver más.

De hecho durante el proceso psicoterapéutico de Juanita, se pudo apreciar que existían cambios en la relación con su madre, los cuales en un primer momento era incomprendido por ella, puesto que la mamá no le expresaba claramente sus afecto y prefería muchas veces estar con su hermanita, así mismo al Juanita sentir tantos conflictos muestra cierto ocultamiento y con su silencio y aparente indiferencia disfrazaba la situación familiar, sin embargo con el paso del tiempo ella fue mostrando con mayor confianza y apertura muchos de los conflictos con su padre y la relación con la madre.

En la sesión No. 19 que no está referenciada en el trabajo, se realiza diálogo con la madre, quien asiste a consulta manifestando que: “Juanita me dice “yo siento que usted me quiere mamá”, y en ese momento pensé por todo lo que ha tenido que pasar mi chinita, su papá la obligaba a estar con la familia paterna y tantas cosas”... Terapeuta: tal vez te cueste ver los avances con Juanita porque está desescolarizada, pero es importante que puedas ver que ya ella está logrando expresar lo que siente, y puede poner en palabras su afecto porque también has hecho parte importante del proceso al interesarte porque puede continuar con las terapias.”

Durante el proceso de Juanita también se puede identificar que hay mayor precisión en la capacidad de hablar de su problemática, se torna como si fuera una niña chiquita, como un juego de amigas, una ambivalencia entre Juanita grande y Juanita pequeña. En la siguiente sesión se puede ver un poco este juego de Juanita...

T: ¿Cómo te ha ido en el colegio?,

J: bien tengo muchas evaluaciones, pero todas las he pasado, solo una que no entendí.

T: Te está tocando pesado, ¿quién te acompaña en las tareas o está pendiente de ti?

J: Nadie, yo sola hago todo.

T: Aun te quedas estudiando hasta tarde en la noche.

J: A veces, sí pero cuando me tomo la pastilla si me duermo temprano.

T: ¿qué pastilla?

J: La melatonina, me la dio la psiquiatra para poder dormir, si, cuando fue la última cita con ella, en enero, ahora toca esperar la de este mes.

T: Te has tomado todas las pastillas juiciosa,

J: No, a veces me la tomo, tenía como 12 días que no la tomaba, pero anoche sí me la tome.

En ese momento sonrío

T: uy se tomó la pastilla por mí, para venir a verme con mucha energía

J: sonrío a carcajadas, jajaja si de ahora en adelante me la tomo por usted, cada vez que tenga cita ya sé, me la tomo jajajaja.

T: Listo Ju, lo importante es que te sientas tranquila y vas mirando como el medicamento responde y te ayuda a mejorar el sueño.

J: Sí, veré.

En ese momento sacó un juego de meter canicas y lo toma sin que antes le pregunte.

T: Ju no he sido capaz de armarlo

J: yo le ayudo a mí sí me gusta, es chévere.

En la medida que busca meter cada canica y no lo logra desiste del juego,

J: No pude solo algunas.

T: No te gustó.

J: Sí, pero no fui capaz de meter las canicas.

T: yo tampoco Ju, esperemos practicar y luego miramos, si, bueno”.

La revisión sobre la relación de Ju con sus objetos más importantes, permitió observar y comprender el entorno, esto abre paso para realizar un acercamiento y así permitir mostrarle aspectos de su vida, mundo interno y forma de relacionarse...

En la sesión número 20, se le señala lo siguiente “en la sesión anterior habías dicho que te gustaban las muñecos y películas de terror, que de hecho te identificabas con chuqui, señalo en su momento, que tal vez se identificabas con él por lo malo que siempre se mostraba o si por el contrario también por la sensibilidad que en el fondo pudiera tener, o por el sufrimiento que debió pasar para llegar al punto de agredir a otros”, ella lo recibe y expresa si eso me pasa.

Esto le permite a Juanita ver ese lado más sano y al tiempo hostil.

Discusión

En este caso se exploró la percepción de los objetos más significativos para la paciente, su vivencia y los efectos de la ausencia de sus padres durante la niñez en su psiquismo.

A lo largo del proceso psicoterapéutico, se pudo apreciar la percepción de sus objetos, su relación con ellos, así como algunos de los elementos del funcionamiento de su familia, como la conversión de lo malo en bueno, la complicidad como forma de funcionamiento, el silencio frente a la trasgresión de los límites (Es claro en el caso ver los señalamientos e interpretación psicoanalítica dadas por el terapeuta, quien logra contextualizar la dinámica familiar).

Se identifica una madre poco contenedora, quien suple sus necesidades afectivas y de cuidados, a través de la evitación, negación, compensación y racionalización (trabajo, regalos). En la paciente operan varios mecanismos defensivos como la Represión, evitación. No es clara la intención de reparar cuando está constantemente en ese enmascaramiento de las experiencias vividas.

Se evidencian sentimientos ambivalentes hacia sus figuras de apego y un funcionamiento que no ha llegado realmente a la externalización o el ocultamiento del yo. Límite

Ahora bien, en cuanto al diagnóstico de Juanita, quien cuenta hasta la fecha con terapia bifocal. Y de acuerdo al texto de Marcelli (2006), que, dada la patología, con frecuencia grave, de estos pacientes, es preciso asociar el enfoque terapéutico del adolescente límite, con diversas técnicas, ya que dicha patología está dominada por pasos al acto. Juanita pone a prueba constantemente la terapia, las identificaciones proyectivas y sus conductas

sucesivas de disociación, idealización y desvalorización, amenazan con confundir los límites entre ella y la terapeuta, que lleva a una transferencia de tipo psicótico, lo anterior tal y como lo señala Marcelli (2006). En este caso Juanita puede pensar que la terapeuta piensa o la trata exactamente como lo hacen sus padres, desde este punto, no se muestra una oposición transferencial sino por el contrario una forma de evitación que lleva a englobar a todos los adultos con una serie de rasgos “simplistas”. En este caso y frente a la prueba constante de Juanita, se percibe una relación parcial con el objeto (centrado en la relación con la familia y extrapolado en la terapia).

Cabe resaltar que desde el caso de Juanita hay muchos aspectos a nivel de la clínica psicoanalítica que se consideran de importante abordaje, sin embargo, a continuación, citaré los criterios diagnósticos que llevaron a pensar en una organización de tipo límite, sin obviar las características propias del trastorno y que según la clasificación ayudarían a poder enfocar la psicoterapia hacia un foco de intervención

Tal y como se ha mencionado, la terapia basada en la mentalización es un proceso psicoterapéutico psicodinámico basado en la teoría del apego. Asumiendo el apego desorganizado que promueve un fracaso en la capacidad de mentalizar. Dicha terapia fue diseñada para pacientes límites, la cual intenta mejorar la capacidad del paciente para representar sus sentimientos, así como los demás con exactitud emocionalmente desafiantes. La idea es promover el vínculo de apego seguro, proporcionando un contexto relacional que permite explorar la propia mente y la de los demás. Lo anterior como una forma de mostrar otras experiencias que podrían ser interesantes a la hora de abordar las sesiones con un paciente con las características de Juanita. Un aspecto importante a resaltar es que, durante las incapacidades de la psicoterapeuta, al momento de retomar la terapia; en

Juanita se evidenciaba una fuerte ansiedad de separación ya que se mostraba distante, e impulsiva. Lo anterior permitió durante las sesiones mostrarle a la paciente que estos comportamientos permitían ver sus relaciones con los otros, dada la desconfianza para vincularse con facilidad, debido al temor recurrente de ser abandonada o rechazada ante la ausencia. Sin embargo, a partir de estos señalamientos, se percibía una reacción de recuperación del interés por continuar en la terapia. Por tanto, se identifica que la relación terapéutica cobra un significado especial, en donde se hace necesario identificarlos y construir una relación basada en un apego seguro, permitiendo el poder poner en palabras sus emociones y comprender su manera de vincularse como parte del proceso.

Conclusión

Mediante la revisión bibliográfica y teniendo en cuenta el caso de estudio, se puede identificar que el trastorno de conformación límite es complejo y heterogéneo ya que según el caso de Juanita sus procesos de apego se caracterizan por un desorden temprano, a causa de una madre y padre poco contenedores. De igual manera se puede evidenciar que la figura sustituta por ser permisiva no le permitió la instauración adecuada de las normas originadas a partir de una inadecuada resolución edípica. Los niveles de ansiedad están vivenciando el temor de aniquilación sustentado en su incapacidad y temor de irse de la casa, a su vez se evidencia un temor de castración por escisión de los objetos en buenos y malos, su padre como objeto hostil, malo y castigador y la madre en algunos momentos como objeto bueno. La cohesión es invadida por las perturbaciones agresivas del objeto, quien quiere dañarla y atacarla, lo que no permite un adecuado vínculo afectivo, aunque algunos familiares le manifiesten cariño.

En cuanto a sus relaciones objétales: sus relaciones objétales son deficientes. considerada como una madre poco continente. divisándola distante, más no gratificante. La relación que establece con sus figuras paterna y materna es ambivalente porque desea agredirla y repararla, en especial con el padre, con quien evidencia constantes conflictos y una fuerte identificación. El Sí mismo: se observa devaluado, presenta un yo débil con mecanismos defensivos frágiles que no le permiten defenderse de la angustia. Su Súper Yo presenta dominio del sadismo permanente contra sí misma por que marca la distancia entre las representaciones del sí mismo y sus ideales. Sin embargo, a su orientación sexual le hace

experimentar impulsos homosexuales con ello presenta sentimientos de ambivalencia por no corresponder a las demandas del objeto malo – padre.

Durante la psicoterapia se logra que la paciente continúe el proceso, evidenciando cambios en su vida, logrando vincularse un poco más, generando mayor confianza con su figura materna. Hay una reducción de las conductas autodestructivas, pero la impulsividad se mantiene. Cabe resaltar que se hace necesario que Juanita continúe con el proceso debido a que algunos síntomas persisten. A la fecha se encuentra desescolarizada.

Referencias

- Aberastury, A., & Knobel, M. (1971). *El síndrome de la adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Paidós.
- Álvarez, B. (2012). *Melanie Klein Teoría y Clínica*. Buenos Aires: Polemos.
- Carvajal, G. (1993). *Aventura de una metamorfosis. Una visión psicoanalítica*. Bogotá: Tiresias.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2006). *Tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad*. New York.
- Horner, A. (1984). *Object Relations and the Developing Ego in Therapy*. Estados Unidos: Janson Aronson.
- Jeammet, P. (1989). *Psychothérapie de adolescent. En: Encyclopédie Médico- Chirurgical*. Paris: Editions Techniques.
- Kernberg, O. (1979). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M. (1993). *Obras Completas de Melanie Klein. Tomo II, II y III*. Barcelona: Paidós.
- Segal, H. (1964). *Introducción a la obra de Klein*. Buenos Aires: Paidós.
- Daniel Marcelli Elsevier (2006). *Psicopatología del adolescente*. España. Masson
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2006). *Tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad*. Psiquiatría mundial. New york. Artículo Scielo

Efrain Bleiberg Profesor de Psiquiatría del Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento del Baylor College of Medicine. Jefe de Psiquiatría del Texas Children's Hospital. Analista didáctico y supervisor del Instituto. Norte América 2013.

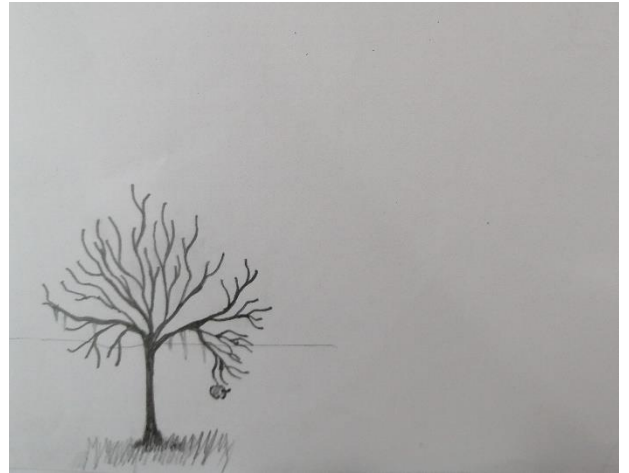
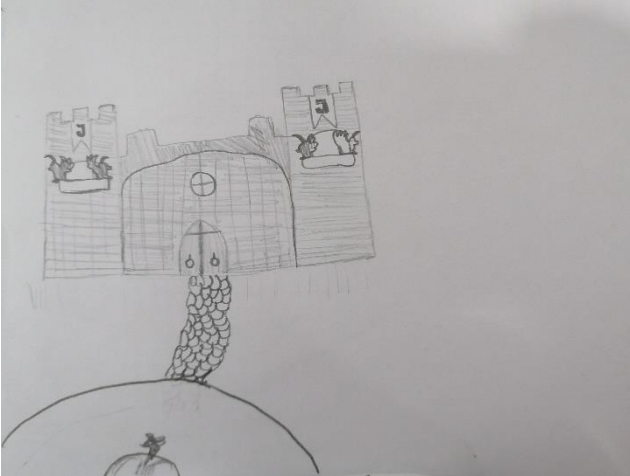
Kernberg, P., Weiner, A. y Bardenstein, K. (2000). Trastornos de la personalidad en niños y adolescentes. México: Ed. Manual Moderno, 2002.

Silvia Monzón Reviejo y María José Fernández Guerrero. Guía diagnóstica para el trastorno límite de la personalidad en adolescentes. México. Fundación orienta, 2016.

Anexos

Anexo 1. Pruebas realizadas

HTP



Anexo 2. Descripción Detallada de las Sesiones

Paciente Juanita, adolescente tiene 15 años de edad, cursa 11° en un colegio privado de la ciudad, y quien asiste a consulta remitida por neuropsicología de la IPS donde realizo mis prácticas. La psicóloga me comenta la razón por la que la que la remite, manifestando que se encuentra ocupada y que no puede continuar atendiéndola, en presencia de Juanita realiza empalme expresando que cuenta a la fecha con una valoración que adjunto en el presente archivo.

No puedo negar que cuando la vi por primera vez me preocupé porque sentí que era complejo el caso, pero al tiempo y llena de expectativas por vivir la experiencia adopté una postura de disposición y escuché atentamente cada descripción que la psicóloga hacía Juanita. Ese día su madre asiste y no expresa

Juanita mirando con sorpresa y al tiempo molesta porque no quería estar allí, de apariencia desaliñada expresa:

J: “No quiero estar aquí”, nada me interesa

T: comprendo, quizá es difícil para ti, apenas me conoces

Juanita es llevada por sus padres a consulta por primera vez en la IPS, debido a que estuvo internada en el hospital psiquiátrico San Camilo, con cuadro clínico (Trastorno del estado de ánimo, depresión y por conductas auto lesivas), según reporte Juliana mantiene una identificación con sus figuras masculinas, y existe una anulación de su feminidad. Con crisis de identidad, y un alto coeficiente intelectual. Se encuentra medicada con antidepresivos. La psicóloga finaliza refiriendo que ha trabajado con Juliana habilidades para la vida y estrategias de afrontamiento y procede a retirarse. Juliana no dejaba de

mirarme, de repente le digo que me alegra saludarla y que podamos tener un espacio de confianza para ella, me sigue mirando y se ríe.

P: me he sentido bien con las terapias pero que no quiero estar aquí, y eso nadie lo entiende.

T: cuando dice que nadie lo entiende, te refieres específicamente a tus padres, quienes te han traído

P: Mmmm tal vez,

T: Cuéntame con quién vives

P: vivo con mis padres y hermana menor quien cursa quinto grado en la misma institución que yo.

T: con cuál de los dos te gusta conversar más, con tú papá o mamá.

Haciendo un gesto de desinterés y al tiempo como molesta expresa

P: la relación con él no es la mejor, discutimos mucho

T: ¿Cuándo dices él, te refieres a tu padre?

P: sí, A mi padre

T: ¿su relación siempre ha sido así, discuten mucho desde cuándo?

P: desde que estaba pequeña, ya que mi papá es un poco raro, pero la relación cuando pequeña con él era mejor. Pero ahora no, no lo quiero

T: ¿crees que algo cambió el algún momento?

P: Sí. Cuando ya crecí

T: ¿crees que tal vez te empezaste a dar cuenta ya más grande de esos conflictos con tu papá, por qué dices que es raro?

P: es raro porque pelea todo el tiempo, me aburre

T: ¿y eso cómo te hace sentir?

P: mal

T: crees que tienes cosas parecidas a él y que te hagan pensarlo de otra manera

P: pues sí, nos gusta el rock,

T: ¿y con tú mamá, la relación es igual?

P: Más o menos, con ella también me estreso a veces, me da rabia porque discuten mucho con mi papá y me molesto por algunas cosas que pasan en la casa

T: ¿puedes contarme qué pasa en tu casa?

P: muchas cosas, no recuerdo

T: prefieres no hablar de ello en estos momentos

P: sí, no quiero hablar

T: veo que estás con el uniforme del colegio acabaste de salir,

P: sí, estaba en clase en la tarde, eso me cansa, todo el día estudiando

T: crees que tal vez por eso te sientes agotada y no quieres hablar

P: puede ser, la relación con mi mamá a mejorado, pero hay cosas que no me gustan, y no me gusta hablar de eso. Pero mi mamá ahora está más pendiente de mí.

T: ¿es decir que antes te sentías sola?

P: sí, todo ha cambiado desde que me corté

T: ¿quieres contarme un poco de lo que pasó? En ese momento se termina el tiempo de la consulta y Juanita expresa mirando el celular:

P: ya se terminó, mis papás están afuera esperándome

T: Claro, quisiera que continuáramos hablando la próxima semana

P: sí, yo voy asistir, igual me toca, mis papás me tienen que traer

Sesión 2

Durante la segunda sesión se aplica el test del HTP

P: Hola

T: Hola Juanita, cómo estás

P: bien

T: cómo has estado

P: Bien ahí

T: Quién te trajo a la consulta

P: mi papá

T: Pareces molesta con él

P: sí, pero no me afecta para nada y no deseo hablar de eso

T: Tal vez de eso que no quieres hablar, puede que te ayude a comprender un poco de la relación con tu papá. Quieres contarme un poco más de cómo era u relación cuando estabas niña

P: mmmmm pues sí con él me la llevaba mejor que ahora

T: qué sientes que pasó.

P: Mucho, él es muy cansón pelea por todo

T: cuando pelea tú qué haces

P: me molesto, lo grito, y no lo quiero ver, me voy para mi habitación y no salgo más de allí

T: sientes que es la forma como evitarlo, acostumbras a estar en tu habitación

P: Sí, todo el tiempo, casi no hablo con ellos

T: ¿y tú hermanita?

P: con ella sí, pero a veces no tanto, mi mamá es más con ella

T: Me interesa que continuamos hablando de tu relación familiar. ¿Te parece?

P: Sí

T: pero antes de voy a sugerir que puedas responder una prueba

P: Sí

T: en estas hojas blancas vas a realizar varios dibujos de acuerdo a la indicación que te dé, inicialmente me gustaría que dibujaras una casa

Juanita al comienzo muestra cierta apatía y rechazo por la prueba, pero luego empieza a dibujar y responde a las historias sugeridas de acuerdo a cada dibujo.

Una vez finalizada la prueba y luego de tomarse un tiempo para responderla. Se da por finalizada la consulta.

Sesión 3

Juanita asiste con su madre para la devolución. Le informo que me interesa que participe, pido a Juanita que siga que me interesa que ella esté presente, inicio hablando de la interpretación de la prueba, Juanita sin decir una palabra, acentúa con su cabeza que sí.

La madre escucha atentamente la devolución y luego manifiesta:

Madre: Juanita ha mejorado, la noto más tranquila, por momentos me ayuda con los quehaceres de la casa sin tener una discusión con ella, algunas veces se presentan conflictos, pero ya no es como antes, ahora son más fuertes, pero con el papá, discuten constantemente. *Le recuerdo así mismo a la madre la recomendación de iniciar terapia de pareja, sin embargo, menciona que ella sí se encuentra interesada pero que el papá de Juanita no, que él se muestra desinteresado.*

Juanita se muestra poco expresiva y cuando mira a su mamá muestra cierto desagrado hacia ella en ciertos momentos, luego se acerca como buscando su aprobación. Noté una vez terminamos con la devolución, un cambio en el rostro de Juanita pues se muestra más empática y con mejor disposición. Le digo a la mamá que puede salir que yo me quedo con

Juanita lo que queda de la consulta y Juanita acepta con un rostro de satisfacción, es como si sintiera una alianza.

T: Cómo te sentiste

P: bien,

T: Crees que lo que intenté mostrarle a tu mamá tiene mucho que ver contigo

P: sí, es verdad muchas cosas

T: ¿Cómo cuáles?

P: mmm no sé jajajaja

T: crees que a lo mejor ese no sé es de sí sabes muchas cosas, pero prefieres no hablarlas

P: sí jajaja

T: jajajajaja, noté que te sentiste segura durante el espacio con tu mamá, veo que ya te sientes más confiada en la consulta

P: sí o no sé jajajajaja

T: cómo te sentiste cuándo tu mamá habló de tu relación con tu papá

P: bien, no creo que mi papá haga las terapias

T: te hace sentir incomoda que la situación en casa siga siendo la misma y más con la posición de tu papá

P: sí, no me gusta, me da mucha rabia, por mí que se vaya de la casa, no lo quiero allá, ojalá se vaya a vivir muy lejos y nos deje tranquilas

T: Tranquilas, son muchas las peleas, al parecer esa relación con tu papá es muy difícil

Juanita guarda silencio y expresa que no quiere hablar más de su familia

T: tal vez te cuesta y te puede costar cada día más hablar de una situación que no es fácil pues son tus padres, y pareciera como si estuvieras sintiendo muchas cosas al tiempo con ellos, es como si tuvieras una mezcla de sentimientos y emociones hacia ellos, en especial cuando hablas de tu padre, pero mira que tienes cosas parecidas a él

P: no sé

T: ¿quisieras que las cosas fuesen distintas con ellos?

P: sí, no me gustan tantas peleas en la casa

T: te comprendo, es importante que en estos momentos lo puedas expresar, eso muestra de alguna manera que en realidad es difícil para ti aceptar los conflictos familiares y que quizás te lleven a creer que la mayoría de tus relaciones serían así

P: a veces me pasa, casi no hablo con nadie en el colegio. No me gusta

T: sería importante que continuáramos hablando de ellos en la siguiente sesión

P: sí, claro

Sesión 4

Luego de dos semanas que no nos veíamos por las vacaciones escolares, Juanita llega a consulta muy contenta, me abraza y saluda efusivamente cuando me ve, y sonríe.

T: cómo has estado

P: Bien.

Le compartí unos materiales que tenía, y le dije que los traía para que trabajáramos

P: y me dijo qué vamos hacer

T: ¿vamos a construir algo, te gustaría?

P: sí, puede ser

Los dejé en la mesa y le sugerí que tomara los materiales que quisiera, accedió, tomó unos ladrillos y empezó poner uno sobre el otro, utilizó palitos, plastilina y pinturas, le dije que, si podía ayudarla y me dijo que no, que prefería hacerlo sola.

T: comprendo, igual acá estaré si necesitas ayuda

P: claro

Su estructura va tomando color, colores vivos y va formando una casa.

P: Es una casa y quiero más ladrillos, necesito algo más

T: Qué necesitas

P: algo para el techo

T: Puedes utilizar el cartón que hay para el techo, qué piensas

P: Sí me parece

La sesión se termina

P: la próxima consulta la puedo terminar

T: claro que sí, acá quedan los materiales y el trabajo que realizaste hasta el momento, nos vemos pronto.

Sesión 5

Mientras ingresaba al consultorio, ella me ve y me saluda a lo lejos, sonrío y espera a que la llame

T: Juanita sigue

P: gracias

Ese día me pregunta que cómo estoy y sonrío

T: ¿Muy bien y tú cómo estás?

P: Bien

T: cómo te fue esta semana

P: bien, como no estoy estudiando me la paso viendo televisión en la casa

T: ¿te gusta estar mucho en tu casa, es un buen lugar para estar alejada de los demás, será?

P: sí, me gusta estar sola, mi papá a veces sale hacer vueltas y mi mamá trabaja, me quedo sola en la casa, en algunos momentos con mi hermana y ya.

T: ¿pareciera como si tu casa fuese ese lugar en donde quisieras guardar tu privacidad y al tiempo donde muchas veces no quisieras estar por las constantes peleas con tus padres?

P: puede ser, no sé

T: mira que es curioso que te gusta estar en tu casa mucho y en la construcción que estás haciendo has venido encerrando la casa, como si no quisieras que entrara alguien

P: ay verdad que no la he terminado jajajaja

T: jajaja siiii está esperando por ti

T: quieres que continuemos trabajando en ella

P: Sí

T: mira aquí están los materiales

P: hoy terminaré el techo y quiero pintar más

T: claro allí están las pinturas y lo que necesites

Durante la elaboración guardó silencio, la noté dispuesta, y dedicada a los detalles, le agregó piedras para hacer un camino de entrada a su casa, y elaboró un pequeño lago con piedras alrededor, insiste en encerrar la casa y en la parte superior del techo ubica unos palitos y refiere que la quiere encerrar, lo anterior llama mi atención y le digo de nuevo que noto que le gusta conservar su privacidad y su soledad, acentúa con la cabeza y se ríe.



Luego de continuar trabajando en la estructura detalladamente, me mira y me dice creo que ya vamos terminando. Le digo sí, nos veremos la próxima semana.

Sesión 6

En la siguiente sesión Juanita llega muy contenta, en cuanto a su apariencia noto que está más preocupada por su presentación personal, le señalo que la he visto más preocupada por su apariencia, se cortó el cabello, ella por su parte sonríe y me dice “gracias”.

Inmediatamente me dice que se olvidó la silicona que quería usar para terminar la estructura, sin embargo, aún quedaba un poco de la que yo tenía.

T: cómo estás

P: Bien

T: Cómo has estado en casa estos días

P: bien, con mi mamá está mucho mejor la relación, ya no pelea tanto conmigo, pero con mi papá sí muy mal, todo igual

T: ¿por qué dices que igual?

P: sí, él sigue peleando por todo, me regaña mucho nada le gusta, me aburre (hace un gesto de desagrado), noto muchas veces que es muy celoso con mi mamá y se la pasan peleando, él la molesta, la persigue, no la deja en paz

T: y tú cómo te sientes con eso

P: mal, me da rabia, me provoca como gritarlo

T: ¿lo has gritado?

P: sí, muchas veces, pero mi mamá me dice que me calme, que lo deje, que a él luego se le pasa. Es que mi papá siempre ha sido así, él tiene problemas, le gusta encerrarse a escuchar

música y que nadie lo molesta, la escucha a todo volumen y a mi mamá no le gusta, dice que quisiera que se desapareciera, que no lo quiere ver más.

T: ¿es la misma música que a ti te gusta, cierto?, recuerdas que me contaste que les gustaba el rock

P: jajaja siiii, siempre me ha gustado, también nos gusta vestirnos de negro a los dos y mi mamá se pone brava, se la pasan peleando por todo.

T: ¿parece que tienes muchas cosas parecidas a tu papa?

P: yo creo que sí, pero no sé, me da rabia con él

T: tal vez esa rabia con él puede ser contigo también, porque a veces te cuesta controlarte

P: sí, cuando me da rabia golpeo todo

T: ¿qué golpeas?

P: las paredes, tiro las cosas, la puerta y a veces me dan ganas de golpear a mi papá

T: sientes muchas rabias con él, golpearlo sería una forma de devolverle el daño que sientes les ha hecho y digo les ha hecho porque sientes que él también ha lastimado a tu mamá

P: sí, quisiera hacerlo, pero luego paro cuando mi mamá me dice que me calme.

En ese momento me dice que quiere terminar la estructura, le digo que sí

T: claro, me vas mostrando cómo va quedando. ¿Puedo ayudarte hoy?

P: sí, cómo está quedando

T: está muy bonita, qué te gustaría agregarle

P: más color y cosas

Se muestra entusiasmada y creativa, ubica el techo tal y como lo quería y me permite pintarlo, me dice que el color azul, luego mira el negro y mostrando interés por mi opinión me dice mejor, ¿negro no verdad?, yo le digo que el color que elija está muy bien y procede a elegir el rojo pues es el color preferido de su mamá y de su terapeuta, ella sonríe cuando le dije que bueno que pensó en las dos al elegir el color.

Finalizó decorando el lago, le pregunté que, si le gustaban las casas muy encerradas y me dijo que sí, pero me seguía llamando la atención que los colores que utilizó ya no eran tan oscuros, procedí a señalarle que me parecía que le había quedado muy bonita y que noté que la gama de colores había cambiado a como comenzó, sonríe y me dice sí es que así se ve más viva, le pregunté que qué le inspiraba la casa que si me podía decir algo que representara la casa y lo escribió...



Noté que se sintió a gusto con los resultados, recogió las cosas poco a poco, voto a la caneca de la basura lo sucio y con una sonrisa me dijo nos vemos la próxima semana, me sorprendió esta sesión porque normalmente soy yo la que le expreso que nos volveremos a encontrar. Le dije vale, así es nos vemos, me abrazó y sonrió.

Nota:

Es importante aclarar que por situación médica debimos interrumpir las consultas.

Sin embargo, es importante y trascendental para el proceso ese lapso de tiempo, ya que en la siguiente sesión luego de la incapacidad. Juanita se muestra indiferente, ya no sonríe, dice que no quiere estar allí.

Sesión 7

T: Juanita puedes seguir

P: hola (saluda con un gesto de desagrado)

T: me alegra verte de nuevo, después de este largo tiempo

P: Bueno

T: ¿Cómo has estado?

P: Bien

T: ¿te siento incómoda, estás molesta?

P: no

T: Recuerdas la última consulta antes de mi incapacidad, que terminaste la estructura, te quedó muy bonita

Guarda silencio por un largo tiempo, la observo y acompaño su silencio. Luego le pregunto...

T: cuéntame qué hiciste, has tomado alguna decisión con respecto a retomar tus estudios

P: no, aún no, prefiero seguir en la casa

T: comprendo que te guste la casa, pareciera que sintieras miedo de salir de allí, es como si en realidad te sintieras segura en tu casa, es como si sintieras miedo a enfrentar el mundo

P: tal vez

T: pareciera como si el hecho de que nos dejáramos de ver por un tiempo en las consultas, hubiese generado en ti la misma sensación que pasa con tus padres, un temor a que te dejen a que se vayan y quedarte sola, es decir te gusta la soledad, tu espacio, pero al tiempo te sientes indefensa sin ellos.

P: algo así, puede ser

T: puede ser que sintieras que yo te abandoné

P: (me mira, acentúa con la cabeza) sí, pensé que no nos veríamos más

T: ¿Puedo comprender que sintieras un abandono de mi parte y tal vez eso pasa con muchas de tus relaciones, no solo con tus padres?

P: sí, eso me pasa

T: con quiénes te ha pasado también

P: algunos compañeros del colegio

T: ¿puedes contarme?

P: sí, en el colegio nunca me ha gustado relacionarme con nadie, prefiero estar sola.

T: ¿has logrado tener amigos?

P: sí, dos amigos, un amigo con el que más hablo, es muy buena gente conmigo

T: ¿y con quién más?

P: con una amiga, con ella hablábamos mucho, pero ya no

T: ¿qué pasó?

P: que nos distanciamos, ya no quise hablar más con ella

T: te ha gustado alguien en el colegio, cuéntame un poco de esa experiencia

P: sí, mi amiga

T: y ella sabía que te gustaba

P: yo creo que sí, me gustaba mucho compartir con ella, pero también me gustaba un amigo al tiempo entonces no sé jajajajaja

T: ¿estabas confundida?

P: sí, creo que sí, pero igual ya no me hablo con ellos

T: ¿has hablado con alguien más de estas relaciones?

P: sí, con mi mamá, ella sabe y se preocupa, sobre todo porque me guste una mujer.

T: ¿y cómo te sientes con eso?

P: no sé, ella se preocupa. Y a mí me da risa. El día de la cita con la psiquiatra ella quería saber qué pasaba, pero fui sola yo a la consulta

T: ¿y cómo te fue con la psiquiatra?

P: bien, me preguntó cómo estaba, que, si estaba durmiendo y le dije que sí, esta vez no me envió medicamentos, estaba tomando melatonina.

T: se terminó la sesión, continuamos la próxima consulta

P: sí señora

T: nos vemos Juanita

Sesión 8

Tan pronto salgo del consultorio, para llamar a Juanita, ella se alegra, corre y me abraza

T: qué alegría volver a verte

P: a mí también. *Sonríe con un gesto*

T: te pasaron mi saludo de cumpleaños, te dejé un mensaje al celular con tu mamá

P: la verdad no recuerdo, fue un cumpleaños nada especial, pero creo que si recuerdo que mi mamá si me dijo

T: por qué fue poco especial tu cumpleaños

P: me dio dengue y estuve así desde el 27 de diciembre hasta el 2 de enero, no hicimos nada ese día, no celebraron mis cumpleaños ni nada,

T: bueno tal vez puedas celebrarlo en otro momento, que te envíen mensajes también puede ser una forma de celebrarte el cumpleaños

P: jajajaja

T: ¿esa camiseta que traes es de un colegio, ya está estudiando?

P: sí, y me gusta el colegio, al comienzo fue aburrido, pero ya me gusta

T: ¿y tienes amigos?

P: sí, tengo como tres. Y sigo hablando con Andy mi mejor amigo, él se va para Europa a estudiar inglés.

T: qué bueno Juanita. ¿Te gustaría también irte a otro país o ciudad a estudiar?

P: sí, claro, pero más adelante, me gustaría irme para Bogotá. Ahora que lo recuerdo mi papá en fin no se va para estados unidos como había dicho

T: y eso qué pasó’

P: el amigo le devolvió el dinero de los tiquetes y en fin ya no viaja “no me gusta mucho pero bueno”

T: ¿cómo te sientes con esa noticia?

P: mal, triste, tengo rabia, porque quería que se fuera

T: es como una forma de buscar esa tranquilidad que anhelas junto a tu mamá. Imagino que debe ser difícil sin embargo es también difícil que la situación cambie en casa, lo importante pensaría es que te estás dando la oportunidad de conectarte con más personas y comprender que no todas las relaciones, son como las relaciones que has llevado con tus papás, has logrado comprender que puedes confiar, aunque a veces cueste.

P: sí, ellos siguen peleando, todo sigue igual entre ellos

T: sucedió algo en particular, que desees contarme

P: mi papá salió del baño y me regañó porque era tarde y estaba viendo televisión, le contesté le dije que no jodiera, mi mamá se metió y terminaron peleando. Me sentí mal, aunque no me importó él siempre es así. Quise pegarle por un momento

T: ¿el algún momento has reaccionado de forma agresiva con ellos o con alguien más?

P: ¿soy muy impulsiva, le pego a las cosas, y le he levantado la mano a mi mamá, le he pegado, pero ya no, eso era cuando estaba más pequeña, hace como unos días, le pegué a un compañero del colegio

T: ¿por qué?

P: porque me molestaba mucho, le dije ya no más,

T: y que pasó luego te llamaron la atención en el colegio

P: no, nadie supo, pero él dejó de molestarme.

T: sentiste alivio, por momento parece que es lo que deseas con tu padre

P: sí, pero lo pienso y mejor no. A veces trato de ignorarlo. Muchas veces siento que estoy más tranquila, para dormir me estoy tomando la pastilla.

T: ¿te has tomado todas las pastillas juiciosas?

P: no, a veces me la tomo, tenía como 12 días que no la tomaba, pero anoche sí me la tome

T: uy la tomaste por mí, porque hoy tenías consulta

P: jajajaja siiii de ahora en adelante me la tomo por usted, cada vez que tenga cita, me la tomo

En ese momento tomó un juego de meter canicas que yo tenía sobre el escritorio, quiero ayudarle armarlo. es chévere. En la medida que busca meter cada canica y no lo logra desiste del juego. En ese momento interrumpe la secretaria de la ISP donde atiendo a Juanita y le pregunta que, si puede quedarse de una vez para las terapias con psicopedagogía, ella dice que sí que sería mejor, porque de una vez asiste a ambas terapias

y el resto de semana le queda libre para estudiar. Finalmente acordamos continuar con las sesiones de psicología, me dice que sí quiere seguir, su mamá también quiere, sí, ella quiere que siga con las mismas personas, ella es la que más quiere, pero yo también.

T: es importante que continúes ya que has logrado alcanzar muchas cosas, aunque a veces te cueste hablar, tomar confianza, noto que hay una intención de acercarte a los demás.

Bueno Juanita terminamos por hoy.

Luego de varias sesiones y en las cuales se ve interrumpido el proceso de nuevo por una situación médica mía, mencionaré dos sesiones en donde logramos resaltar la evolución del proceso de Juanita.

Sesión 20

T: Hola Ju, qué alegría verte

J: Hola, a mí también me alegra

T: Cómo has estado

J: Bien, no había podido venir porque estaba enferma, y no pude asistir a psicopedagogía porque no tenía quien me transportara.

T: A bueno, lo importante es que para la próxima puedas organizar bien los horarios y asistas como lo has venido haciendo

J: Sonríe y me dice sí, pero vine contigo y me gusta

T: Qué bueno Ju, me alegra mucho la verdad verte y así como me alegra ver que te ves muy contenta y dispuesta en este tú espacio. J: Me mira y sonríe y guarda silencio

T: En un rato le pregunto, ¿Quién te trajo hoy?

J: Mi papá

T: Y cómo estás con él

J: Pues bien, ya mejor, hemos compartido cómo familia, salimos el fin de semana

T: qué bueno, qué hicieron, dónde fueron

J: estuvimos en el centro comercial, fuimos al éxito porque había promociones y me compré un pony pequeño,

T: ¿siempre te han gustado los ponys?

J: sí me gustan para tener una colección

En ese momento recordé que una sesión anterior me había dicho que le gustaban las muñecos y películas de terror, que de hecho se identificaba con chuqui, le dije en su momento que se identificaba con él por lo malo que siempre mostraba o si por el contrario también por la sensibilidad que en el fondo pueda tener, o por el sufrimiento que debió pasar para llegar al punto de agredir a otros. Ahora bien, a partir de esto que se me vino a la cabeza, pensé wow, permitió ver su lado sano, su lado tierno, su lado infantil. Pero en ese momento no se lo dije, solo lo pensé

T: Ju te divertiste mucho entonces al compartir con tu familia, es habitual actualmente hacer este tipo de actividades

J: Sí, pero también hemos visitado a mi familia paterna, fuimos donde mis abuelos y mi tía

T: ¿cómo te sentiste allá?

J: Pues bien, me gustó, fue chévere, compartimos, hablamos y ya, la pasé bien

T: Veo que ya sales más, compartes más con tu familia, también lo haces con tus amigos

J: Síiiiiii, hace poco salí con mi amigo de siempre y una amiga, fuimos al centro comercial y mi hermana me acompañó

T: Qué bueno, fuiste con tu hermana, pero que chévere que tus papás te permitan compartir más con otras personas y que tú hermana te acompañe, ella te cuida y tú... en ese momento no me deja terminar y me dice...

J: nooo yo la cuido, estoy muy pendiente de ella

T: a bueno, genial

J: sí y este fin de semana voy a una fiesta también (me lo dice en tono alegre y sonríe, demostrando agrado)

T: Me alegra que disfrutes de otros espacios distintos a estar en la casa. ¿Y con tus compañeros de colegio?

J: Con ellos también comparto ya, siento que ya me estoy adaptando

T: ¿tienes amigos allá en el colegio?

J: Sí, tengo varios, solo que yo soy como una montaña rusa

T: Montaña rusa, por qué crees que eres una montaña rusa

J: sí, hoy estoy bien, mañana no, hoy quiero compartir hablar, otros días no

T: Ju, pero bueno, digamos que es importante que puedas reconocer tus emociones, si miramos tiempo a tras te daba igual no hablar con nadie, es más no te gustaba, pero ahora no lo haces todo el tiempo, pero lo haces y puedes reconocerlo.

J: la verdad sí, ya comparto más,

T: creo que estás dando pasos importantes, sabes qué, siento que puede que en tus relaciones con los demás a veces pienses que prefieres ir de a poco, dándote la oportunidad de conocer a alguien primero, probar, por el temor o miedo que te produce que esa persona se aleje en algún momento de ti o te desilusione, así como a veces ha pasado conmigo que por algunas circunstancias nos hemos tenido que alejar...

J: la verdad sí y se ríe, me preocupa que alguien se aleje y me cuesta confiar del todo en los demás

T: ¿en ese momento le pregunto y cómo está tú corazón?

J: palpitando...

En ese momento sonreímos las dos a carcajadas. ¿Y le digo que me hizo reír mucho con su respuesta, pues es cierto, su corazón está palpitando, me hizo sentir tonta, sin embargo, le dije Ju, la respuesta sé que es así y me da mucha risa, solo que quiero saber si hay alguien que te gusta?, sonrío y me dice, no para nada, nadie, ahora no me quiero enfocar en eso. Luego volvemos a reír.

T: Ju ha sido un proceso bastante importante, mira que verte así contenta, socializando un poco más me alegra, y es que ya llevamos varios meses

J: ¿Sí, como un año verdad?

T: vamos a mirar (en ese momento tomo mi carpeta de seguimiento y encontramos que en marzo cumplimos un año de terapia.

J: uy eso hay que celebrarlo, el aniversario, voy a traer una torta la próxima semana y cantamos el cumpleaños, sonríe...

T: ¿me parece una gran idea, celebrar un año desde que nos encontramos acá, recuerdas?, llegaste y no querías ni hablarme

J: sonríe, siiiii es que en ese momento estaba aburrida, no quería saber de nada. Ja pero pensé que el aniversario era en abril

T: ¿por qué?

J: Porque el 10 de abril fue el día que te hice la broma, ese día se celebra el día de las brujas, lo recuerdas

T: Claro cómo olvidar que simulaste que te cortaste para saber cómo iba a reaccionar, ese día pensaste que le contarías a tus papás, pero no lo hice sabes por qué

J: por qué

T: porque algo me decía que no estabas en riesgo, aunque nunca se me ocurrió que era una broma.

J: Sonríe me mira y dice: lo podemos celebrar ese día y le hago otra broma

T: sonrío y le digo no el aniversario se celebra la próxima semana porque es por la primera vez que nos vimos, no te parece

J: sí, igual, siendo así lo podemos celebrar más rápido

T: Claro, lo celebramos. Ju y qué pasó con los medicamentos, los estás tomando

J: la verdad no, a veces cuando los necesito me tomo una pastilla en la noche para poder dormir

En ese momento se termina la sesión, ella me da un abrazo y se despide genuinamente. El abrazo y le digo nos vemos pronto y ella sonríe.

Sesión 21

T: hola Juanita

P: hola

T: ¿te acuerdas que íbamos hacer hoy?

P: no, jajaja, mentiras sí, vamos a celebrar el aniversario

T: claro, vamos hacerlo de la siguiente manera, te parece que lo hagamos pensando un poco en algo que resalte el proceso que llevamos, cómo te has sentido, qué recuerdas más y qué quisieras que continuáramos trabajando.

P: listo

De mi parte te expreso esto, en este año que llevamos de proceso hemos logrado importantes avances, un año de retos, de situaciones muchas veces no tan sencillas, pero que han permitido durante la terapia hablarse y brindar el apoyo durante este importante tiempo, Juanita eres una chica, brillante, pensante, por momentos silenciosa, pero espontánea en tus apreciaciones. Resalto en ti tu apertura, los cambios que se presentan se han convertido en una oportunidad para crecer, y para conocerse. No es fácil encontrar la

comprensión en alguien, pero sabes que de mi parte cuentas con el apoyo y el cuidado que necesitas durante el espacio que te pueda brindar. Aquí estoy para ti

J: para mí ha sido bueno, me cuesta mucho escribir la verdad, no sé cómo decirlo

T: mira que es curioso hoy puedes decir (¿no sé cómo decirlo, y antes decías no sé qué decir? Ha pasado algo importante, hay una intención de expresar lo que sientes, te muestras más confiada.

P: sí, yo siento que la relación entre las dos ha mejorado, ya hay más confianza, me siento cómoda con usted.

T: ¿Cómo crees que se logró esa confianza?

P: pues con el tiempo y saber que ustedes los psicólogos no cuentan lo que le decimos ayuda a que uno cuente las cosas y no sienta que los demás van a saber

T: ¿Qué te gustaría continuar trabajando?

P: pues a mí me gustaría no sé trabajar sobre los impulsos, este fin de semana me dio mucha rabia, salí con mis papás y cuando regresé tenía que hacer un trabajo y me estresé, no sé qué pasó, se nubló mi mente, es como si no pudiera pensar en nada en ese momento, quiero trabajar sobre eso, y le has pegado a alguien, no solo que daño las cosas, el año pasado en noviembre dañé una puerta, y hace poco lancé mi celular le dañé una parte.

T: Mira que has venido poniendo algo importante y es que antes el maltrato era hacia ti, luego hacia las personas y ahora es más fuerte hacia las cosas, es como una forma de sacar toda esa rabia o todos aquellos pensamientos o sentimientos que no expresas en ciertos momentos y que llegan a un punto en el que no puedes más y tienen que salir, sin embargo

mira que te lastimas no con la misma intensidad, pero si lastimas tus manos cuando golpeas y te haces daño a ti misma cuando sientes culpa por lo que pasó, pero quisieras muchas veces tal vez reconocer que la culpa te lleva a necesitar trabajarlo y es lo que quiero que continuemos trabajando al igual a que ti, te interesa poder aprender a controlar tus impulsos. Y poder hablarlo en estos momentos es una forma de celebrar nuestro aniversario. ¿Bueno Juanita, terminó nuestro espacio por hoy, nos vemos la próxima semana, te parece?

J: Sí a mí también me parece bien, me alegró verla y sí nos vemos la próxima semana

Anexo 3. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE CASO SOBRE UN CASO SALUD MENTAL EN ADOLESCENTE

Nombre de la psicóloga (o): Yuri Alexandra Bustillo Garrido

Señor(a) Eladia Luzmar Hernández Bernal representación legal de la paciente, le estamos invitando a participar en un estudio de caso de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad del Norte de Barranquilla.

Primero, nosotros queremos que usted conozca que:

- La autorización para utilizar en este estudio de caso el material o contenido desarrollado durante las sesiones es absolutamente voluntaria.
- Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a autorizar utilizar el contenido de nuestras sesiones con fines académicos en la elaboración de un estudio de caso sin tener que dar explicaciones.
- Los temas abordados que serán analizados en este estudio de caso y sus datos personales se mantendrán en absoluta reserva.
- Usted no recibirá beneficio económico alguno del estudio actual. Los estudios de caso como este sólo producen conocimientos que pueden ser aplicados en el campo de la psicoterapia más adelante.

Procedimientos

En el estudio de caso, en el cual usted participará, se analizarán los contenidos dialogados durante las distintas entrevistas que le fueron o serán realizadas. Se que de la forma más auténtica y sincera posible usted hable sobre su experiencia en particular.

La información obtenida en las entrevistas será sometida a un proceso de análisis en el que lo importante es poder llegar a comprender el funcionamiento de las problemáticas en la adolescencia.

Los resultados serán publicados (manteniendo total reserva sobre los datos personales) y entregados a la Universidad del Norte como requisito para el grado de la Maestría en Psicología. Usted recibirá retroalimentación sobre lo encontrado en el caso antes de ser socializados.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

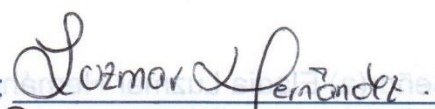
Después de haber leído comprensivamente toda la información contenida en este documento en relación con el estudio de caso sobre salud mental en adolescente y de haber recibido de la señora Yuri Alexandra Bustillo Garrido explicaciones verbales sobre la misma, así como respuestas satisfactorias a mis inquietudes, he decidido de forma libre, consciente y voluntaria aceptar participar en este caso. Además, autorizo a Yuri Alexandra Bustillo Garrido para utilizar la información codificada en este caso en un artículo científico, en el cual se manejará con total confidencialidad y reserva todos mis datos de contacto.

En constancia, firman este documento de consentimiento informado, los siguientes:

Nombre, firma y documento de identidad:

Nombre: Eladio Luzmar Hernández Bano

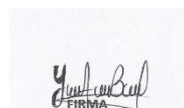
Cédula de ciudadanía: 63494219

Firma: 
de Bucaramanga.

Nombre, firma y documento de identidad de la psicóloga(o):

Nombre: Yuri Alexandra Bustillo Garrido

Firma:



Cédula de ciudadanía: 37.580.524 de Barrancabermeja

Teléfono: 3004410858 Correo electrónico: psicoyurialexandrabg@gmail.com

Nombre, firma y documento de identidad del Tutor del caso:

Nombre: María Catalina Ardila Puyana

Firma:



Cédula de ciudadanía: 37.860.971 de Bucaramanga

Teléfono: 3102013810 Correo electrónico: mcardila@gmail.com